WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

MIESIĘCZNIK MAJ

ROK IX 1938 NUMER 4

Dr ALFRED FISCHER, Ordynator oddziału urologicznego Szpitala św. Jana w Łodzi.

O ZNIECZULENIU NADOPONOWYM SPOSOBEM DOGLIOTTI'EGO W OPERACJACH UROLOGICZNYCH.

(Referat według Chirurga Polskiego 1937, Nr. 6).

Autor omawia na podstawie własnego doświadczenia istotę i znaczenie nowego sposobu znieczulania lędźwiowego wprowadzonego do praktyki chirurgicznej przez *Dogliotti'ego* z Turynu w roku 1931. Nowa metoda znieczulania przewodowego posiada wszystkie strony dodatnie, pozbawiona natomiast jest stron ujemnych klasycznej metody *Biera*.

Każdy chirurg, znający technikę nakłucia lędźwiowego, z łatwością wykona znieczulenie nadoponowe, odpowiada więc to warunkom stawianym metodzie dobrej i praktycznej, zasługującej na szerokie zastosowanie.

Strona techniczna znieczulenia przedstawia się następująco: przygotowuje się średniej grubości igłę do nakłucia lędźwiowego z przetyczką, 10 cm strzykawkę Record, 50—60 cm^3 1%-owej novocainy z dodatkiem adrenaliny i kilka gramów fizjologicznego roztworu soli kuchennej. Igłę należy wkłuć w linii środkowej ciała pomiędzy wyrostki kolczyste XI. i XII. kręgów piersiowych, względnie XII. piersiowego i I. lędźwiowego, jeśli chodzi o operacje na dolnym odcinku moczowodu, pęcherzu i gruczole krokowym. Przy dojściu końcem igły do więzadła międzykolcowego wyczuwamy wyraźny opór. Po wyjęciu przetyczki próbujemy wstrzyknąć kilka cm^3 fizjologicznego roztworu soli kuchennej; udaje się to tylko przy użyciu pewnej siły, co dowodzi, że koniec igły znajduje się w więzadle międzykolcowym. Posuwając igłę powoli w głąb i naciskając równocześnie tłok strzykawki, czujemy wyraźnie, iż opór został przełamany, z łatwością bowiem wstrzykujemy dalsze porcje roztworu fizjologicznego. Świadczy to o tym, że koniec igły tkwi w przestrzeni nadoponowej. Objaw ten jest tak wyraźny, że nie można go przeoczyć. Przy nieostrożnym natomiast przesunięciu igły w głąb, koniec jej może się przedostać do przestrzeni

śródoponowej, o czym świadczy wyciekanie przez otwór igły płynu mózgowo-rdzeniowego. Gdy koniec igły znajduje się we właściwym miejscu — w przestrzeni nadoponowej — przez igłę nie wycieka ani płyn mózgowo-rdzeniowy, ani wstrzykiwany roztwór soli czy novocainy.

Aby zapobiec przenikaniu novocainy do worka oponowego wstrzykujemy ją do przestrzeni nadoponowej trzykrotnie w odstępach pięciominutowych. Początkowo wprowadzamy 10 cm^3 1%-owego roztworu novocainy, a więc maksymalną dawkę preparatu dla znieczulenia rdzeniowego. Po odczekaniu 5 minut wstrzykujemy dalsze 20 cm^3 1%-owej novocainy, wreszcie po dalszych 5 minutach jeszcze 20 do 30 cm^3, po czym igłę wyciągamy.

Znieczulenie niezbędne do operacji na nerkach lub moczowodach osiąga się przez ułożenie pacjenta na boku chorym. Novocaina według wszelkiego prawdopodobieństwa znieczula korzonki nerwów rdzeniowych.

Metoda znieczulania nadoponowego nie kryje w sobie żadnych niebezpieczeństw dla chorego. Oczywiście przy wszelkich zabiegach chirurgicznych można mówić tylko o bezpieczeństwie względnym. Autor wspomina tu o przypadkach śmierci, zdarzających się przy uśpieniu eterowym u chorych ze stanem grasicznym. A przecież uśpienie eterowe przy umiejętnym stosowaniu uchodzi dziś jeszcze za najbezpieczniejszy ze wszystkich sposobów usypiania.

Autor nie zna ani jednego przypadku śmierci, który by przypisać można znieczuleniu nadoponowemu, mimo że obserwował osobiście i zna z piśmiennictwa około 1000 przypadków tego znieczulenia. Od czasu do czasu występują u chorych objawy uboczne, jak nieznaczny spadek ciśnienia, zwłaszcza u ludzi starych i osłabionych, przyspieszenia tętna, bladość, wreszcie wyjątkowo tylko krótkie wymioty. Zapaści ani objawów następczych, jak bóle głowy, niedowłady i t. p. nie obserwował autor ani razu.

W większości przypadków udaje się uzyskać w operacjach urologicznych idealne wprost znieczulenie. Chorzy czują tylko lekki dotyk. Podobnie jak w znieczuleniu rdzeniowym brak zupełnie napięcia powłok brzusznych, co jest dla operatora szczególnie cenne.

Autor stosował znieczulenie nadoponowe w 10 nefrektomiach, 12 prostatektomiach, 2 pyelolitotomiach, 1 urolitotomii, 2 resekcjach guzów pęcherza, 3 ropniach okołonerkowych, w 1 przypadku wodniaka jądra i w 1 przypadku przepukliny obustronnej. We wszystkich tych przypadkach znieczulenie okazało się idealne, przy czym brak było zarówno poważniejszych objawów ubocznych jak i następczych.

Ze względu na to, iż przy znieczulaniu nadoponowym posługiwać się musimy stosunkowo dużymi ilościami środka znieczulającego, użyty preparat winien być chemicznie czysty; obecność zanieczyszczeń mogących wywołać objawy uboczne należy wyłączyć nie tylko w sposób chemiczny lecz i biologiczny.

Jedynie chorzy nerwowi i niespokojni, mało nadający się do wszelkiego rodzaju znieczuleń miejscowych, skarżą się niekiedy na nieznaczny ból w czasie zabiegu. Chorym tym należy podać na początku zabiegu dodatkowo kilka cm^3 evipanu.

Reasumując swe doświadczenia autor stwierdza, że znieczulenie nadoponowe sposobem *Dogliotti'ego* posiada wszystkie strony dodatnie, pozbawione jest natomiast ujemnych stron znieczulenia rdzeniowego; że jest technicznie łatwe, a przy operacjach urologicznych umożliwia pracę chirurga w idealnych warunkach.

Prof. dr Stepp, dr Kühnau i dr Schröder (referat według: Die Vitamine 1936); prof. dr Falta, Wiedeń (W. Kl. W. 1936); prof. dr Heimann, Wiedeń (Med. Kl. 1036, Nr 44).

WITAMINA B_1.

Dorosły człowiek pokrywa swe zapotrzebowanie witaminy B_1 przez spożywanie mięsa zwierząt trawożernych (wół, baran, zając, sarna) i ryb. Spośród jarzyn zawierają witaminę B_1 tylko jarzyny strączkowe jak groch, soczewica, fasola. Następnie zawierają witaminę B_1 również czarny chleb, wszelkie pieczywo pełnoziarniste, jajka, mleko i piwo. U niemowląt i małych dzieci racjonalne odżywianie z łatwością pokrywa zapotrzebowanie witaminy (mleko, jarzyny i t. d.).

Najobfitszym źródłem witaminy B_1 są drożdże i otręby ryżowe, z których można otrzymywać witaminę B_1.

W przyrodzie mogą syntetyzować witaminę B_1 tylko grzyby. Najlepiej wytwarzają witaminę B_1 rośliny najprostsze, np. drożdże (grzybki pączkujące) i bakterie (grzybki rozszczepkowe); grzybki te mogą występować również w organizmach zwierząt wyższych, jak np. w kiszkach szczurów lub w żołądku wołów. Woły i szczury mogą wobec tego ewentualnie pokrywać swe zapotrzebowanie witaminy B_1 przez wykorzystanie witaminy wytworzonej syntetycznie przez znajdujące się w nich pasożyty.

W roślinach wyższych znaczniejszą ilość witaminy B_1 znajdujemy tylko w kiełkach ryżu, żyta, pszenicy i jęczmienia, następnie w nasionach jarzyn strączkowych, jak groch, fasola, soczewica, czyli zawsze w tych miejscach, w których znajdują się przygotowane dla młodego zarodka stężone zapasy odżywcze i niezbędne związki dodatkowe (witaminy). Pień i liście wyższych roślin, które spożywamy jako nasze główne jarzyny, zawierają zbyt wiele wody i za mało witaminy B_1. Bulwy (kartofle) i korzenie (buraki, marchewka) tracą wiekszą część zawartej w nich witaminy B_1 wskutek długiego trzymania w wodzie i gotowania.

W ustroju zwierzęcym znajdujemy witaminę B_1 w mięśniach szkieletowych i mięśniu sercowym, następnie w wątrobie i nerkach, w mózgu, rdzeniu kręgowym i pniach nerwowych, wreszcie w żółtku jaj i w mleku. Wszystkie narządy potrzebują witaminy B_1 odpowiednio do ich pracy. Ilość witaminy B_1 znajdująca się w narządach jest trochę większa niż chwilowe zapotrzebowanie danego narządu. Większych zapasów witaminy B_1 odłożonych w specjalnych miejscach pod postacią rezerwy, ustrój, jak się zdaje, nie posiada. Witamina B_1 nie zużyta w ustroju, wydala się drogą moczu; ilość ta jest jednak w zwykłych warunkach bardzo mała.

Dobowe zapotrzebowanie witaminy B_1 u człowieka zależy od jego wagi, pracy i odżywiania. Zapotrzebowanie witaminy B_1 jest tym większe im znaczniejsza jest praca mięśniowa i im więcej węglowodanów zawiera pożywienie. Przeciętne najmniejsze zapotrzebowanie dobowe czystej witaminy B_1 przy mieszanym pożywieniu mięsnym i roślinnym o wartości odżywczej 2500 kaloryj wynosi dla człowieka wagi 70 kg 250 — 500 γ (100 — 200 jednostek).

Zapotrzebowanie witaminy B_1 jest większe niż przeciętnie przy wszelkich zwiększeniach spalania w ustroju, np. przy pracy mięśniowej, przy nadczynności tarczycy i t. d. Podczas ciąży zapotrzebowanie witaminy B_1 jest 3 — 5 razy większe niż zwykle; takie same zwiększenie zapotrzebowania tej witaminy stwierdza się również podczas karmienia, pomimo że w mleku kobiecym wydziela się stosunkowo mało witaminy B_1.

Zapotrzebowanie witaminy B_1 u dzieci jest indywidualnie bardzo zmienne: 3 — 6 letnie dzieci potrzebują około 300 — 400 jednostek; 11-letnie dziecko przy pożywieniu wartości około 2000 kaloryj potrzebuje około 600 jednostek witaminy B_1.

Uczeni holenderscy *Jansen* i *Donath* próbowali wyodrębnić witaminę B_1 w stanie czystym z otrąb ryżowych. W roku 1936 *Andersag* i *Westphal* w Elberfeldzie wyjaśnili po raz pierwszy właściwy wzór budowy chemicznej, co umożliwiło następnie wytwarzanie witaminy przeciwneurytycznej na drodze syntetycznej. Jedna jednostka witaminy B_1 odpowiada swoistemu działaniu 2,5 γ krystalicznego preparatu. Jedna ampułka Betaxiny zawierająca 1000 jednostek (leczniczych jednostek gołębich) odpowiada działaniu 2 mg krystalicznej witaminy B_1.

Wrażliwość czystej witaminy B_1 na działanie ciepła zależy od Ph roztworu; już w roztworze słabo zasadowym witamina nawet w ciepłocie pokojowej szybko ulega zniszczeniu, podczas gdy w roztworach kwaśnych przechowuje się dobrze i znosi również temperaturę wysoką (np. gotowanie jarzyn). Witamina B_1 ulega nadzwyczaj łatwo adsorpcji i w takim stanie jest do pewnego stopnia odporna na działanie różnych czynników szkodliwych; stan adsorpcji może jednak również utrudniać lub nawet uniemożliwiać wchłanianie witaminy B_1 w przewodzie pokarmowym. Witamina B_1 jest odporna na utlenianie przez tlen z powietrza i nie reaguje na naświetlanie promieniami pozafioletowymi.

Nie znamy obecnie jeszcze wszystkich czynności fizjologicznych witaminy B_1. Najlepiej zbadany został wpływ tej witaminy na węglowodanową przemianę materii; witamina B_1 pobudza tu utleniającą resyntezę glikogenu. Przy niedoborze witaminy B_1 wątroba zawiera bardzo mało glikogenu; we wszystkich tkankach zużywających cukier, jak np. w mózgu, gruczołach i t. d. nagromadzają się niefizjologiczne zapasy pośrednich produktów węglowodanowej przemiany materii, jak kwas mleczny, kwas pirogronowy, albo nawet metyloglioksal. Związki te w warunkach normalnych spalają się natychmiast albo podlegają resyntezie. Z powyższego względu większe dawki węglowodanów działają tu wprost w sposób toksyczny. Po podaniu witaminy B_1 kwas mleczny i kwas pirogronowy znowu znikają i wątroba zaczyna odkładać znaczne ilości glikogenu a ponadto również i tłuszczu. Pobudzający wpływ witaminy B_1 na odkładanie się glikogenu wątrobowego można wykazać również na zwierzętach zdrowych. To glikogenotwórcze działanie witaminy B_1 odpowiada w przybliżeniu działaniu insuliny, jest jednak znacznie wolniejsze. Z tego właśnie powodu witamina B_1 nie obniża poziomu cukru we krwi, gdyż resynteza glikogenu nie odbywa się tak szybko jak pod wpływem insuliny.

Szczególnie wrażliwy na wszelkie zaburzenia zaopatrywania energetycznego ze strony ogólnej przemiany materii jest układ nerwowy. Zaburzenia nerwowe występujące przy niedoborze witaminy B_1 są wyrazem nieprawidłowej węglowodanowej przemiany materii w nerwach. Nerw zużywa najprędzej swe niewielkie zasoby witaminy B_1 i zapada w związku z tym najwcześniej wśród wyraźnych objawów klinicznych. Przy niedoborze witaminy B_1 ustaje wydzielanie gruczołów trawiennych żołądka i zewnętrzne wydzielanie trzustki; podanie witaminy przywraca prawidłową czynność gruczołową. Zaburzeniami tymi tłumaczy się charakterystyczny dla choroby beriberi brak apetytu. W ciężkich przypadkach beriberi stwierdza się w kiszkach brak zaczynów trypsyny i lipazy.

Brak witaminy B_1 wywołuje powstawanie obrzęków tkankowych, zależnych od zatrzymywania wody w ustroju. Hormon kory nadnerczy posiada tu, jak się zdaje, pewien wpływ wyrównawczy na mechanizm niedoboru witaminy B_1, gdyż w przypadkach braku tej witaminy obserwowano powiększenie kory nadnerczy. W Europie przypadki hipowitaminozy B_1 zdarzają się znacznie częściej niż dotychczas przypuszczano. Dieta wrzodowa, nerkowa, cukrzycowa oraz dieta *Herrmannsdorfera* zawierają za mało witaminy B_1. Pierwsze objawy niedoboru witaminy B_1 występują zwykle ze strony przewodu pokarmowego i polegają na utracie łaknienia, pogorszeniu odżywiania się i t. d. Zwłaszcza brak apetytu zależy głównie od niedoboru witaminy B_1. Wreszcie może dojść do zahamowania czynności gruczołów, zaburzeń kiszkowych, spadku wagi, hipotermii i obrzęków tkankowych. „Obrzęki głodowe“ uważamy dzisiaj za obrzęki zależne od braku witaminy B_1. W układzie nerwowym niedobór witaminy B_1 ujawnia się pod postacią zaburzeń czuciowych, bólów nerwowych, osłabienia

mięśniowego i krwawień do tkanki nerwowej. Znacznie częstsze są objawy względnego niedoboru witaminy B_1, który występuje wtedy, gdy przy zwiększonej przemianie materii ustrój spala znaczniejsze ilości węglowodanów i alkoholu (podanego w postaci napojów wyskokowych).

Na tym mechanizmie opierają się pomyślne wyniki lecznicze osiągane za pomocą Betaxiny (witaminy B_1) przy diecie obfitującej w nadmierną ilość węglowodanów (u ludzi spożywających bardzo dużo cukru), w alkoholowym zapaleniu nerwów, przy zapaleniach nerwów i innych objawach nerwowych występujących podczas lub po chorobach zakaźnych, przy zaburzeniach ciążowych (wymioty, porody przedwczesne), przy tyreotoksykozach oraz zatruciach arsenem, ołowiem lub talem.

Względny niedobór witaminy B_1 występuje szczególnie często u szybko rosnących niemowląt i małych dzieci. Niedobór ten ujawnia się początkowo w osłabieniu, anemii i złym humorze dzieci. W razie nieodpowiedniego odżywiania mlekiem i potrawami mącznymi zaburzenia te mogą wywołać nawet poważne objawy zatrucia kiszkowego z biegunkami lub bez. Przy odżywianiu wyłącznie mlekiem kobiecym należy zawsze dbać o dostateczne zaopatrzenie matki w witaminę B_1. Niezależnie od wyrównywania tej bezwzględnej lub względnej hipowitaminozy, na szczególną uwagę zasługują również doskonałe wyniki lecznicze osiągane za pomocą Betaxiny w przypadkach np. rwy kulszowej i innych schorzeń neurologicznych. Dodatni wpływ Betaxiny na przebieg tych cierpień nerwowych zależy od swoiście neurotropowego działania witaminy B_1. Ten czynnik swoisty działa następnie pomyślnie przy leczeniu porażeń pobłoniczych, bólów wiądowych a zwłaszcza myelozy powrózkowej.

Przy stosowaniu witaminy B_1 należy uwzględniać, że dawki przeznaczone do stosowania doustnego powinny być 3 — 5 razy większe od dawek stosowanych w postaci wstrzykiwań, gdyż wchłanianie witaminy B_1 w przewodzie pokarmowym może łatwo ulec ograniczeniu wskutek adsorpcji, wzgl. środowisko słabo zasadowe może nawet szybko witaminę zupełnie zniszczyć.

Dr Fr. J. KAISER, Klinika Gertrudy w Altonie.

NIEDROŻNOŚĆ KISZEK.

(Referat według Medizinische Welt 1935, Nr 40).

Zagadnienie niedrożności kiszek jako objawu dużego znaczenia klinicznego, zawsze zwracało na siebie uwagę badaczy. W ostatnich czasach ukazał się szereg nowych prac omawiających szczegółowo zwłaszcza zaburzenia fizjopatologiczne stwierdzane w przypadkach niedrożności. Usiłowano przede wszystkim wyjaśnić przyczyny ciężkiej zapaści naczynioruchowej, która opanowuje obraz kliniczny niedrożności kiszek i jest jedną z głównych przyczyn

znacznej śmiertelności. Nie możemy tu omawiać wszystkich mniej lub więcej pomysłowych teoryj poświęconych tej sprawie. Jedna z tych teoryj, teoria odruchowa, uzależnia zmiany naczynioruchowe od zaburzeń w krążeniu ogólnym, a przede wszystkim od niedokrwienia mózgu wywołanego zastojem nadmiernej ilości krwi w jamie brzusznej. Według teorii samozatrucia woda ze krwi i z tkanek przenika do przewodu pokarmowego i nagromadza się tam w wielkiej ilości powyżej zwężenia. Można się przekonać, że płynna zawartość kiszek jest istotnie nadzwyczaj septyczna; słuszny jest więc pogląd, że toksyny pochodzące z tego płynu mogą być właściwą przyczyną zaburzeń stwierdzanych podczas niedrożności.

Z klinicznego punktu widzenia na pierwszy plan obrazu choroby wysuwają się zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: wymioty, zatrzymanie kału i gazów, wzdęcia, następnie zatrucie ogólne z zapaścią odruchowo-nerwową, tętno drobne, częste i niemiarowe, oddech przyśpieszony i powierzchowny, obniżenie ciepłoty kończyn, zaostrzenie rysów twarzy i zmniejszenie ilości moczu.

A. NIEDROŻNOŚĆ PORAŻENNA:

I. Bez zmian odżywiania tkankowego:

1. Niedrożność toksyczna: zapalenie otrzewnej.
2. Niedrożność odruchowa: organiczne lub czynnościowe schorzenia nerwowe, odruchowe porażenia kiszek, np. podczas napadu kolki nerkowej, chorób dróg żółciowych, nerek lub trzustki; zapalenie kręgów, ostre rozszerzenie żołądka.

II. Ze zmianami odżywiania tkankowego:

1. Zator lub zakrzep naczyń krezkowych.
2. Ciężkie urazy.

B. NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA:

I. Bez zmian odżywiania tkankowego:

1. Zwężenie światła kiszek pochodzenia czynnościowego, niedrożność spastyczna:
   a) wskutek podrażnienia przewodu pokarmowego:
      a) podrażnienie mechaniczne: ciała obce, glisty, owsiki, kamienie kałowe.
      b) podrażnienie toksyczne: toksyny pochodzenia pokarmowego lub powstałe wskutek rozkładu pożywienia, owrzodzenia kiszek gruźlicze lub inne, przewlekłe sprawy zapalne;
   b) wskutek podrażnienia jamy otrzewnowej:
      a) podrażnienie urazowe pooperacyjne po zabiegach na narządach miednicy, na nerkach, śledzionie, po uwięźnięciu przepukliny, herniotomii, skręceniu jądra w kanale pachwinowym, skręceniu szypuły guza.
      b) podrażnienie toksyczne wskutek krwawienia lub wysięku wewnątrz — lub zewnątrz-otrzewnego.
   c) wskutek podrażnienia nerwowego pochodzącego z ośrodkowego układu nerwowego: wiąd rdzenia, wpływy psychiczne;
   d) wskutek podrażnienia toksycznego lub zakaźnego:
      a) kolka ołowiowa,
      b) choroby zakaźne,
      c) zaburzenia czynności wątroby: kwasica, zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej, marskość wątroby, przerzuty nowotworów do wątroby.
   e) wskutek podrażnienia splotu słonecznego: rak trzustki, wrzód drążący żołądka, stwardnienie tętnic, sprawy zapalne w jamie otrzewnej;
   f) nerwice czynnościowe: niedrożność histeryczno-skurczowa.

2. Zwężenie światka kiszek pochodzenia organicznego:
   a) przeszkody pochodzące ze światła kiszek:
      a) kamienie żółciowe,
      b) pasożyty,
      c) kamienie kiszkowe, guzy kałowe,
      d) pokarmy, lekarstwa,
      e) ciała obce;
   b) przeszkody pochodzące ze ściany kiszek:
      a) zwężenie i niedrożność wrodzona,
      b) blizny ściany kiszek jako zejście różnych spraw chorobowych,
      c) guzy,
      d) przewlekłe guzy zapalne,
      e) wytworzenie się ostrogi lub niedrożności zastawkowej.
   c) przeszkody pochodzące z narządów sąsiednich: ucisk kiszek przez:
      a) powrózki i zrosty powstałe wskutek zapalenia okołokątniczego, gruźliczego zapalenia otrzewnej, zapalenia jajowodów,
      b) inne narządy: macicę nerki, woreczek żółciowy, śledzionę, trzustkę,
      c) guzy zewnętrzne kiszek,
      d) ropnie, krwiaki.

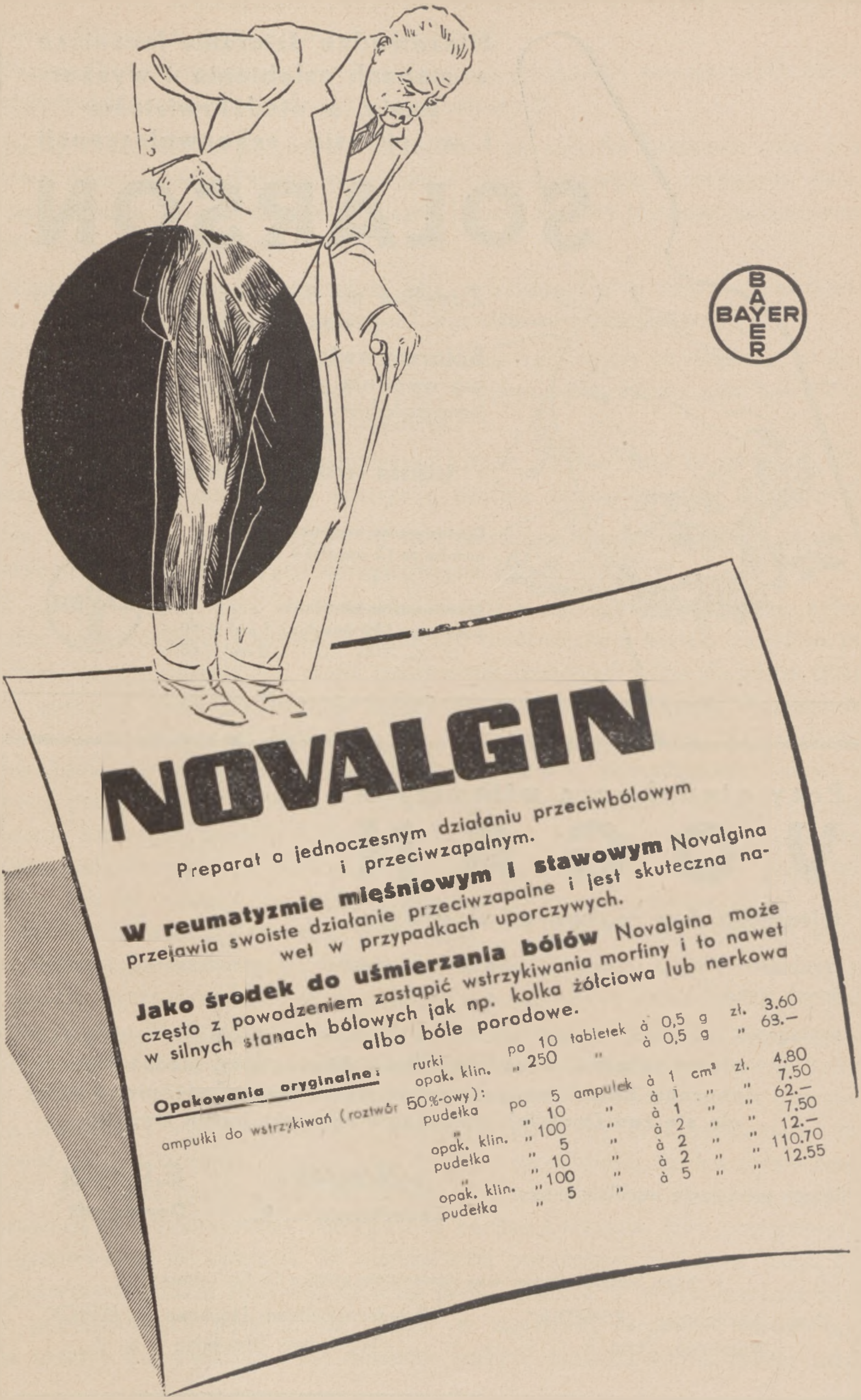
II. Ze zmianami odżywiania tkankowego:

Uwięźnięcie (przepukliny).
Skręt kiszek.
Wgłobienie.

NIEDROŻNOŚĆ PORAŻENNA jest najczęstszą postacią niedrożności kiszek. Niedrożność ta może przebiegać ze zmianami odżywiania tkankowego lub bez wszelkich zaburzeń organicznych. Porażenie obejmuje zwykle znaczniejsze odcinki kiszek i tym właśnie tłumaczy się „cisza grobowa" panująca w jamie brzusznej. Brzuch jest powiększony wskutek wzdęcia. Po krótkim czasie dołączają się jeszcze objawy zakażenia i wchłaniania toksyn. Typowym przykładem niedrożności porażennej jest toksyczne porażenie kiszek podczas zapalenia otrzewnej. Odruchowa niedrożność porażenna, która może powstawać na podłożu organicznych schorzeń nerwowych, przebiega zwykle nie tak gwałtownie i jest mniej niebezpieczna. Czynnościowe zaburzenia nerwowe wystawiają nie rzadko nasze zdolności rozpoznawcze na bardzo trudną próbę. Histeryczna niedrożność porażenna może z nadzwyczajną dokładnością naśladować obraz kliniczny istotnej niebezpiecznej choroby kiszkowej.

NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA, przy której przeszkoda jest umiejscowiona na znacznie mniejszej przestrzeni kiszek, różni się zasadniczo od niedrożności porażennej. Kiszki powyżej przeszkody zwiększają swą czynność perystaltyczną, co wywołuje przerost mięśniówki. Niedrożność może wywołać zaburzenia odżywiania tkankowego albo też przebiegać bez poważniejszych zmian.

Czynnościowe zwężenie światła kiszek odgrywa w niedrożności mechanicznej znacznie większą rolę niż w niedrożności porażennej. Różne czynniki drażniące, mechaniczne i toksyczne, pochodzące z kiszek, z jamy otrzewnowej lub zależne od układu nerwowego, mogą wywoływać stan spastyczny. Tymi właśnie


BAYER
NOVALGIN
Preparat o jednoczesnym działaniu przeciwbólowym i przeciwzapalnym.
W reumatyzmie mięśniowym i stawowym Novalgina przejawia swoiste działanie przeciwzapalne i jest skuteczna nawet w przypadkach uporczywych.
Jako środek do uśmierzania bólów Novalgina może często z powodzeniem zastąpić wstrzykiwania morfiny i to nawet w silnych stanach bólowych jak np. kolka żółciowa lub nerkowa albo bóle porodowe.
Opakowania oryginalne:
rurki po 10 tabletek à 0,5 g zł. 3.60
opak. klin. „ 250 „ à 0,5 g „ 63.—
ampułki do wstrzykiwań (roztwór 50%-owy):
pudełka po 5 ampułek à 1 cm³ zł. 4.80
„ „ 10 „ à 1 „ „ 7.50
opak. klin. „ 100 „ à 1 „ „ 62.—
pudełka „ 5 „ à 2 „ „ 7.50
„ „ 10 „ à 2 „ „ 12.—
opak. klin. „ 100 „ à 2 „ „ 110.70
pudełka „ 5 „ à 5 „ „ 12.55



Niezawodne działanie lecznicze w stanach osłabienia i wyczerpania, w niedokrwistości i w okresie rekonwalescencji

SOLARSON

Zupełnie nie drażniący wypróbowany preparat arsenowy.
Solarson zwiększa wagę ciała i wpływa wybitnie pomyślnie na zawartość hemoglobiny i na ilość krwinek czerwonych.

Solarson szybko wzmacnia cały organizm.

Opakowania oryginalne:
pudełka po 12 ampułek à 1 cm³ zł 6.20
„ „ 12 „ „ 2 cm³ „ 7.30

Opakowania kliniczne:
pudełka po 100 ampułek à 1 cm³ zł 40.–
„ „ 100 „ „ 2 cm³ „ 48.–

BAYER

Przy niedoborze witaminy A

VOGAN

witamina A w roztworze olejowym.

Stosowanie Voganu czyni zbytecznym podawanie niepotrzebnie wielkich dawek tranu.

Szczególnie pomyślne wyniki lecznice w następujących stanach chorobowych **nieżyt żołądka, wrzód żołądka i dwunastnicy, niedokwaśność, choroba Basedowa, nadmierne wychudzenie, opóźnione gojenie się ran (maście), schorzenia rogówki, kurza ślepota.**

Vogan wytwarzają wspólnie firmy: »Bayer« **Leverkusen n. R.** E. Merck **Darmstadt**

Próbki bezpłatne Voganu oraz piśmiennictwo wysyłają dla P.P. Lekarzy:

Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, Złota 7

Przedstawicielstwo Naukowe E. MERCK
Warszawa, Tłomackie 1 m. 6

czynnościowymi zaburzeniami dodatkowymi tłumaczy się wielka różnorodność obrazu klinicznego niedrożności mechanicznej.

Przypadki niedrożności wskutek uwięźnięcia przepuklin zewnętrznych nie nasuwają zwykle żadnych trudności rozpoznawczych.

Jedną z częstszych przyczyn niedrożności są uchyłki kiszkowe oraz guzy kałowe. Skręt kiszek dotyczy przeważnie jelita cienkiego, a zwłaszcza dolnego jego odcinka lub okrężnicy wstępującej i esicy. Sprawy bliznowaciejące krezki usposabiają do skrętu kiszek.

Niedrożność wywołana zatkaniem jelit, przebiegająca ze znacznym pobudzeniem perystaltyki, może nie wykazywać objawów miejscowego wzdęcia.

Jako bardzo rzadkie przyczyny niedrożności wymienimy tu zwężenie na podłożu przebytej czerwonki, rzeżączki, kiły, zwężenia pourazowe oraz zależne od kurczenia się zgorzelinowej błony śluzowej.

Po ustaleniu rozpoznania niedrożności kiszek, bardzo duże znaczenie z leczniczego punktu widzenia ma następnie sprawa umiejscowienia niedrożności.

Na ogół uważa się, że objawy są tym ostrzejsze, gwałtowniejsze i postępują szybciej im niedrożność jest umiejscowiona wyżej.

Z chwilą rozpoznania niedrożności wszelkie zabiegi zachowawcze należy uważać za bezcelowe. Chorego dotkniętego niedrożnością kiszek, zarówno porażenną jak i mechaniczną, może przeważnie uratować tylko doraźnie dokonana operacja. Technika zabiegu zależy od rodzaju przeszkody. Konieczność interwencji chirurgicznej jest tu regułą, wyjątki należą raczej do rzadkości. Niedrożność dwunastniczo-jelitową można czasem z powodzeniem leczyć za pomocą przepłukiwań żołądka i zastosowania odpowiedniej pozycji chorego (ułożenie brzuszne, pozycja kolanowo-piersiowa). Leczenie wgłobienia w jego okresie początkowym za pomocą wysokich lewatyw i masowania dotkniętej okolicy lub za pomocą zabiegów nieoperacyjnych wykonywanych w uśpieniu dwiema rękami poprzez ścianę brzuszną, nie daje na ogół pewnych wyników. Przypadki niedrożności trwającej już od pewnego czasu nie nadają się do takiego leczenia zachowawczego, które z powodu swej brutalności jest dość niebezpieczne. W przypadkach, w których możemy z dość dużym prawdopodobieństwem rozpoznać „niedrożność spastyczną", wolno próbować zabiegów zachowawczych, środków przeciwskurczowych i pobudzających perystaltykę, lewatyw z wody mydlanej, z oliwy lub gliceryny oraz naświetlań i nagrzewań jamy brzusznej. Zaznaczymy tu przy sposobności, że lewatywy mogą działać na kiszkę grubą aż do wysokości zastawki *Bauhina*. Płukania żołądka poprawiają stan podmiotowy chorego i są bardzo korzystne jako postępowanie przygotowawcze do operacji. W niedrożności porażennej można w ciągu kilku pierwszych godzin stosować tytułem próby podskórne wstrzykiwania środków pobudzających perystaltykę. Jeżeli w zapaleniu otrzewnej nawet operacja sprawy nie wyjaśnia i nie możemy wykryć umiejscowienia źródła zabu-

rzeń, wskazane jest założyć jedną lub kilka przetok kiszkowych, które mogą uratować życie chorego.

W leczeniu chirurgicznym, podobnie jak i w postępowaniu zachowawczym, należy przede wszystkim dążyć do tego, aby w miarę możności usunąć objawy najszkodliwsze i zagrażające życiu pacjenta. Do objawów tych zaliczamy: odruchowe zahamowanie ważnych ośrodków mózgowych, a przede wszystkim ośrodka naczynioruchowego; poważne zaburzenia krążeniowe, zwłaszcza anemię mózgu powstałą wskutek zalegania wielkiej ilości krwi w naczyniach krezkowych i kiszkowych; znaczną utratę płynów ustrojowych; ciężkie zmiany w wydzielaniu i wchłanianiu; zatrucie ustroju produktami rozkładu białka, toksynami i innymi produktami metabolizmu bakteryj kiszkowych. Z powyższych względów niezależnie od zabiegu chirurgicznego niezbędne jest stosowanie środków kardiotonicznych i zwiększających ciśnienie krwi oraz dostarczanie ustrojowi płynów drogą per rectum, podskórnie lub dożylnie.

Dr G. HALBACH, Szpital Ewangelicki. Kolonia-Lindenthal.

UŚMIERZANIE POOPERACYJNYCH BÓLÓW PRZYRANNYCH ZA POMOCĄ WIELKICH DAWEK NOVALGINY.

(Referat według Med. Welt. 1937, Nr 24).

W wielu stanach bólowych Novalgina może z powodzeniem zastąpić morfinę. Morfina jest preparatem niezbędnym istotnie jedynie w nielicznych cierpieniach. Autor stosował domięśniowe wstrzykiwania Novalginy w dawkach po 5 cm^3 dla uśmierzenia pooperacyjnych bólów przyrannych. Same wstrzykiwania nie wywołują żadnych dolegliwości. Przeciętny czas od chwili wstrzyknięcia do chwili ujawnienia się zupełnego działania wynosił 25,9 minuty, skuteczne zaś działanie przeciwbólowe utrzymywało się przeciętnie przez 6,91 godziny. Po wstrzyknięciu domięśniowym ból ustępował często już po 15—20 minutach, a w jednym przypadku Novalgina podziałała już po 9 minutach. Czas działania, t. zn. okres zupełnej bezbolesności, wahał się od 2,5 do 16 godzin. Autor badał również ciepłotę ciała po wstrzyknięciu i sprawdzał w tym celu co pół godziny temperaturę pod językiem: po ½ godzinie ciepłota obniżała się nieznacznie o 0,2 do 0,4°. Ciśnienie krwi pozostawało bez zmiany.

W obserwacjach porównawczych, w których stosowano 1%-owy roztwór morfiny, uśmierzenie pooperacyjnego bólu przyrannego następowało po 15—40 minutach, przeciętnie po 22 minutach. Występujące później wrażenie zmęczenia wystarczało, w przeciwstawieniu do Novalginy, do umożliwienia zaśnięcia. Czas działania morfiny wahał się w zależności od powagi i rozmiarów zabiegu ope-

racyjnego od 2 do 10 godzin. W 4,2% przypadków leczonych morfiną wystąpiły mdłości połączone z wymiotami, których nie można było uzależnić od późnego działania narkozy. Pęcherz funkcjonował po 10 godzinach, kiszki dopiero po 48 godzinach. Novalgina jest pod każdym względem odpowiedniejszym środkiem przeciwbólowym niż morfina.

Dla zupełnego uśmierzenia bólu w ciągu całego okresu pooperacyjnego wystarczały przeważnie 2—3 wstrzyknięcia domięśniowe po 5 cm^3 Novalginy, dokonane w ciągu pierwszych 2 dni. Jedynie u 3 chorych, którzy przebyli operację przepukliny, trzeba było jeszcze w drugim dniu zastosować Novalginę dwukrotnie. Na uwagę zasługuje okoliczność, że według *Halbacha* w przeciwieństwie do dotychczasowych spostrzeżeń, dożylne wstrzykiwania Novalginy w dawce 1 do 2 cm^3 działały bardzo słabo albo nie działały nawet wcale.

Po uśmierzeniu bólu występowało uczucie zmęczenia; sen był słaby i niedostateczny. Można było jednak z łatwością sprowadzić sen przez zastosowanie per rectum środka nasennego z szeregu kwasu barbiturowego. Chorzy wydzielali drogą pocenia się zwiększoną ilość wody. Najwięcej pocili się pacjenci operowani w znieczuleniu miejscowym.

Autor stosował Novalginę w mniej więcej 100 przypadkach, przy czym ani razu nie stwierdził żadnych zaburzeń w czynności kiszek. Czynność kiszek rozpoczynała się przeważnie już w pierwszym dniu. Opróżnianie się pęcherza następowało z reguły już wieczorem w dniu operacji. Ani razu nie stwierdzono żadnych powikłań pooperacyjnych ze strony płuc; jedynie u 2 chorych autor zauważył lekki nieżyt oskrzeli, który minął po 2 dniach bez gorączki. Zatorów ani zakrzepów nie było wcale. Być może również i tutaj odgrywa rozstrzygającą rolę stwierdzone przez *Eppingera* działanie Pyramidonu zagęszczające ściany naczyń krwionośnych, które utrudnia przejście szkodliwych związków przemiany materii do krążenia ogólnego.

Prof. dr K. VOIT, Szpital Miejski w Solingen.

W SPRAWIE LECZENIA NADCZYNNOŚCI TARCZYCY.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1937, Nr 41).

W przypadkach nadczynności tarczycy istnieje niewątpliwie zwiększone zapotrzebowanie witaminy A. Autor leczył w ciągu ostatnich kilku lat 14 chorych z wybitnymi objawami hipertyreozy za pomocą Voganu, który podawano według *Wendta* w dawkach 3 razy dziennie po 30 kropel. Często stosowano również i dawki mniejsze. W 8 przypadkach pomyślny wpływ Voganu na przebieg choroby był bardzo wyraźny. Stan podmiotowy chorych poprawił się znacznie. Przeciętny czas leczenia wynosił 25 dni. Przybytek chorych

na wadze wynosił w tym czasie od 3 do 5,2 kg. Podstawowa przemiana materii przeważnie się zmniejszała, jednakże waga chorych zwiększała się wcześniej niż ujawniał się wpływ na przemianę podstawową. Wyraźniejsze zmniejszenie się podstawowej przemiany materii stwierdzano zwykle dopiero po dłuższym podawaniu Voganu.

Wyniki leczenia u 6 chorych leczonych Voganem w szpitalu:

Nazwisko	Poprzedni ubytek wagi kg	Przemiana podstawowa przed leczeniem	Czas leczenia. Dni.	Przemiana podstawowa po leczeniu	Przybytek na wadze
S.	15	+50%	22	+41%	5,2
Fl.	12	+40%	31	+29%	3,7
W.	10 w 2 miesiące	+42%	34	+36%	3
D.	13 w 2 lata	+36%	17	+ 9%	3,5
Gr.	5 w 2 lata	+80%	26	+13%	3
P.	10 w 2 lata	+31%	22	+34%	5

W 6 przypadkach leczenie Voganem pozostało bez wyraźniejszego wpływu na stan chorych. Wśród tych pacjentów było trzech, u których wskutek podawania jodu wytworzyła się choroba Basedowa albo już poprzednio istniejąca nadtarczyczność pogorszyła się wyraźnie. W przypadkach tych nawet bardzo duże dawki Voganu okazywały się bezskuteczne. Wiadomo, że przebieg choroby Basedowa oraz sposób reagowania pacjentów na stosowane zabiegi lecznicze jest w różnych miejscowościach odmienny. Autor uważa, że te czynniki regionalne mogą wywierać znaczny wpływ na wyniki leczenia nadczynności tarczycy za pomocą Voganu.

Dr H. HORSTER. Klin. Wewn. Uniw. w Würzburgu.

SKUTECZNE LECZENIE COLITIS ULCEROSA TORANTILEM.

(Referat według Arch. Verdauungskkh. 1936, tom 59).

Wrzodziejące zapalenie kiszek grubych uchodzi słusznie za chorobę, której rokowanie należy zawsze oceniać bardzo poważnie. Próbowano leczyć tę chorobę wszelkimi sposobami, zaczynając od zabiegów psychoterapeutycznych i kończąc na wycinaniu większych odcinków kiszek. W jednym przypadku udało się autorowi osiągnąć znakomity wynik leczniczy przez wywołanie wstrząsu anafilaktycznego według *Kalka* (Z. Klin. Med. 1931, tom 118), u drugiego jednak pacjenta sposób ten zawiódł, wobec czego zastosowano Torantil.

1. Chory, lat 24, przybył do kliniki 6. XI. 1933. Rozpoznanie: Colitis ulcerosa. W pierwszym tygodniu chory otrzymał dwa domięśniowe wstrzyknięcia po 2 cm^3 Torantilu, następnie wstrzykiwano 2 cm^3 co drugi dzień. Nadzwyczajna poprawa samopoczucia i apetytu. Waga chorego wzrasta. Ilość hemoglobiny i krwinek czerwonych zwiększa się szybko. Ilość wypróżnień zmniejsza się, stolce są już bardziej spoiste. Po 3 tygodniach badanie rektoskopowe nie wykazało już żadnych zmian zapalnych. Na początku lutego chory wypisał się. W domu nawrót krwawo-śluzowych biegunek, tak że chory po 10 dniach musiał powrócić do kliniki. Leczenie Torantilem kontynuowano w dalszym ciągu. Po 2—3 tygodniach stolce sformowane. Przy badaniu kontrolnym w styczniu 1935 waga wynosiła 80,5 kg.

2. Chora lat 28, od lipca 1933 przeciętnie 8 krwawo-śluzowych, cuchnących wypróżnień dziennie. Badanie rektoskopowe: kiszka mocno skurczona, liczne małe owrzodzenia pokryte żółtawymi nalotami i lekko krwawiące. Rentgenologicznie: wyraźne wręby na przestrzeni całego jelita grubego, po wydęciu powietrzem kiszki rozprostowują się źle. W połowie czerwca 1934 zastosowano Torantil. W 1. tygodniu 2 razy po 2 cm^3, następnie co 2. dzień 2 cm^3 domięśniowo. Już po 8—14 dniach ilość dobowa wypróżnień zmniejszyła się, stolce papkowate, waga zwiększa się. Pomimo ciężkiego wrzodziejącego zapalenia jelit, które utrzymywało się już od roku, po 2 miesiącach leczenia Torantilem osiągnięto wyleczenie. Przetoczenie krwi pod koniec leczenia przyśpieszyło okres rekonwalescencji. Nawrotów nie było. Chora żadnych dolegliwości nie odczuwa.

3. Chory lat 20. Myiasis intestinalis. Pacjent jadał często dużo surowego mięsa. W lutym 1934 zauważył w stolcu kilka szarych tworów długości około 0,5 cm (prawdopodobnie czerwie). W dniu przyjęcia do kliniki waga chorego wynosiła 43,5 kg przy wzroście 177 cm. Początkowo 8—10 bardzo śluzowych, krwawych wypróżnień dziennie. Od 30. lipca do 17. sierpnia 10 wstrzykiwań Torantilu. Stan ogólny poprawia się, gorączka opada. Waga ciała zwiększa się, jednakże stolce ciągle jeszcze pozostawały krwawo-śluzowe. Kuracja tucząca insuliną. 23 sierpnia przetoczenie 500 cm^3 krwi. Od 17. września do 5. października znowu 9 wstrzyknięć Torantilu. W czasie tym waga chorego szybko się zwiększyła, stolce poprawiły się wyraźnie. Podczas wypisywania z kliniki chory ważył już 60 kg.

4. 51-letni kamieniarz, od początku marca gwałtowne biegunki (do 10 dziennie), burczenie i bóle brzuszne o charakterze kolki. Stolce krwawo-śluzowe, cuchnące. Chory bardzo osłabiony i wyniszczony. 16. maja rozpoczęto leczenie Torantilem. Już po 10—14 dniach biegunki ustąpiły. Badanie rentgenowskie wykonane w połowie października wykazało znaczną poprawę. Waga zwiększa się. Badanie kontrolne w połowie maja 1935 nie wykazało już żadnych objawów zapalenia kiszek. U chorego tego po pierwszej kuracji Torantilem nastąpił nawrót, który udało się jednak szybko opanować przez powtórzenie leczenia.

5. i 6. Jeden chory przebywał w klinice w styczniu i lutym, drugi — w maju i czerwcu 1935 r. Rozpoznanie: Colitis ulcerosa. W obu przypadkach przebieg choroby należało zakwalifikować jako średnio ciężki. Leczenie Torantilem dało wyniki całkowicie zadowalające.

7. 22-letni farbiarz, w połowie maja 1934 nagle ciągnące bóle w brzuchu i biegunka, która już po kilku dniach przybrała charakter krwawy. Pomimo dobrego apetytu waga zmniejsza się. Od 31. maja Torantil. Pod wpływem leczenia Torantilem waga oraz ilość hemoglobiny i krwinek czerwonych stale wzrastają. Po 11 wstrzyknięciach stolce już sformowane. Waga z 62 kg podniosła się do 66,5 kg. 30 stycznia 1935 ponowne leczenie Torantilem z powodu nawrotu choroby; ogółem dokonano 15 wstrzyknięć. Chory nie odczuwa obecnie już żadnych dolegliwości.

Leczenie wrzodziejącego zapalenia kiszek polegało na 10 - 12 wstrzyknięciach Torantilu, który stosowano domięśniowo w dawkach po 2 cm^3 co drugi dzień. W poszczególnych przypadkach trzeba było tę kurację po pewnym czasie powtórzyć. Jako uzupełnienie leczenia pozajelitowego można również podawać Torantil doustnie (3 razy dziennie po 2 drażetki). Jeżeli by pomimo poprawy objawów kiszkowych anemia nie ustępowała, należy dokonywać przetaczania krwi w dawce 500—800 cm^3. Dopiero gdyby te zabiegi nie doprowadzały do celu, wskazane jest dokonanie próby z wywołaniem wstrząsu anafilaktycznego (według *Kalka).* Zabiegów operacyjnych, jak np. założenia przetoki kiszki grubej, należy według autora zupełnie zaniechać.

Dr St. J. LEITNER, Davos.

GRUŹLICA I WYDZIELANIE WEWNĘTRZNE.

(Referat według Zbl. ges. Tbcforsch. 1937, tom 47).

Między gruczołami wydzielania wewnętrznego i gruźlicą istnieje wyraźna zależność wzajemna. Niedomoga czynnościowa tarczycy wpływa na przebieg gruźlicy niepomyślnie, nadczynność — pomyślnie. Obrzęk śluzakowaty albo wycięcie tarczycy mogą sprawę gruźliczą pogorszyć, w przypadkach hipertyreozy i choroby Basedowa przebieg gruźlicy jest zwykle bardzo łagodny.

Inaczej zachowują się gruczoły płciowe. Wzmożenie ich czynności — pokwitanie, miesiączkowanie, ciąża — wpływają przeważnie na gruźlicę w sposób ujemny, kastracja zaś ma oddziaływać na gruźlicę dodatnio; również gruźlica w wieku starszym przebiega zwykle łagodnie. Przerwanie ciąży nie należy nigdy wykonywać po 4. miesiącu; w drugiej połowie ciąży wysokie ustawienie przepony może raczej unieruchomić płuco, co byłoby objawem pożądanym. Zwiększenie pobudliwości płciowej pod wpływem gruźlicy (działanie toksyn gruźliczych na gruczoły płciowe) zależy prawdopodobnie w większym stopniu od środowiska, odżywiania i bezczynności niż od samej sprawy gruźliczej.

Dobrotliwe ogniska włókniste znajdywane w chorobie Addisona nie dowodzą bynajmniej pomyślnego wpływu hipofunkcji nadnerczy na gruźlicę. Raczej stosowanie hormonu kory nadnerczy ma na gruźlicę wpływ dobroczynny, niezależnie od obecności lub braku objawów choroby Addisona.

Próby zwiększenia zawartości wapnia we krwi i zatamowania krwotoków płucnych za pomocą stosowania wyciągów z gruczołów przytarczycznych nie dały jeszcze wyraźnych wyników leczniczych.

Przysadka, jeżeli w ogóle działa na gruźlicę, to czyni to raczej pośrednio, czyli poprzez inne gruczoły. Akromegalia i moczówka prosta działają na gruźlicę niepomyślnie.

Szyszynce, jako antagoniście gruczołów płciowych, przypisuje się pewną rolę w istniejącej jakoby hipererotyce chorych gruźliczych; szyszynka ma ulegać uszkodzeniu toksycznemu, co zmniejsza do pewnego stopnia jej czynność hamującą.

Grasica ma chronić przed gruźlicą. Cukrzyca czyni chorych skłonnymi do postępujących spraw wysiękowych. Wyrównanie zaburzeń przemiany materii za pomocą diety (nie za mało węglowodanów) i insuliny ma wielkie znaczenie lecznicze. Ostrożne dawkowanie insuliny pozwala nam na uniknięcie odczynów ogniskowych. Jednocześnie należy oczywiście leczyć sprawę gruźliczą, która u chorych na cukrzycę przebiega przez długi czas prawie bezobjawowo. Wczesne rozpoznanie i staranne leczenie jest rzeczą bardzo ważną, gdyż gruźlica jest tu chorobą o wiele niebezpieczniejszą niż cukrzyca.

Określony wpływ na przebieg gruźlicy wywiera zwykle nie jeden tylko gru-

czoł wydzielania wewnętrznego lecz cały układ hormonalny; w praktyce jednakże na plan pierwszy z całej zachwianej korelacji występują zaburzenia ze strony tylko jednego gruczołu.

(Na uwagę zasługuje przytoczone w pracy oryginalnej nadzwyczaj obszerne piśmiennictwo obejmujące wiele setek prac, poświęconych zagadnieniu gruźlicy i hormonów).

Dr B. BONSDORFF, Szpital Miejski, Helsingfors.

LECZENIE AGRANULOCYTOZY PREPARATAMI WĄTROBOWYMI.

(Referat podług Klin. Wschr. 1934 Nr. 30).

Bonsdorff przytacza 2 przypadki ciężkiej agranulocytozy wyleczonej za pomocą wstrzykiwań Campolonu.

1. 18-letnia służąca. Przed 7 laty kuracja przeciwtasiemcowa. Od tego czasu stale wydala człony tasiemca z kałem. W październiku 1933 r. w ciągu kilku dni bóle przy połykaniu. Stopniowo potęgujące się ogólne wyczerpanie, złe poczucie, bladość i duszność. Od 5 dni ponowne bóle przy połykaniu. Gardło zaczerwienione, wygląd języka prawidłowy. Odczyn urobilinowy słabo dodatni. W kale jaja brózdogłowca szerokiego. Czas krwawienia 2 minuty, czas krzepnięcia 3½—4 minut. Zawartość bilirubiny w surowicy krwi, obliczona metodą Meulengrachta — 1 : 3. W prawym migdałku pojawia się wkrótce po przyjęciu chorej do szpitala owrzodzenie, które szybko się powiększa. Obrzęk okolicy migdałka i języczka. Stan ogólny coraz cięższy, niedokrewność, wybitna leukopenia i agranulocytoza. Rokowanie niepomyślne. Od 25.XI. do 27.XII.1933 r. codziennie 3 ampułki po 2 cm^3 Campolonu domięśniowo, od 28.XII. do 4.I.1934 2 ampułki dziennie, ponadto od 2.XII. do 5.XII. Sol. Fowleri do wewnątrz, a od 12.XII. do 26.XII. Sol. Ziemsseni w coraz większych dawkach, do 1 cm^3 — podskórnie. Od 7.XII. postępująca poprawa stanu ogólnego. Ilość leukocytów, a zwłaszcza granulocytów we krwi powiększa się. Przesunięcie wzoru leukocytów na lewo. Owrzodzenie migdałka goi się całkowicie. 12.XII. przetoczenie 500 cm^3 krwi, gdyż zawartość Hb spada do 11%. Skuteczna kuracja przeciwtasiemcowa. Wypisana 24.I. jako zupełnie wyleczona.

2. 47-letnia kobieta. 16.XII.1933 przy ujściu przewodu prawego gruczołu Bartholiniego twardy wrzód. Krętki blade w rozmazie wydzieliny. 5 razy po 0.45 = 2.25 g Neoarsenobenzolu (18.XII, 25.XII, 1.I, 8.I i 15.I) i jednocześnie 5 razy po 1 cm^3 20%-owej zawiesiny bizmutu w oliwie (0,13 g Bi w 1 cm^3). Odczyny WR i Kahna ujemne (18.XII, 1.I i 15.I). 14.I.1934 r. bóle głowy i gorączka. Gardło suche, zaczerwienione. Migdałki nie powiększone, bez owrzodzeń. Czas krwawienia: 2½ min., czas krzepnięcia — 7 min. Zawartość bilirubiny w surowicy krwi: 31.I: 1:18, 6.II: 1:12, 13.II: 1:4, 6.III: 1:3. Wybitna agranulocytoza. Od 13.I. do 7.II. 28 ampułek Campolonu domięśniowo. Od 1.III. 3 razy dziennie po 0,5 g Ferri reducti. Postępująca poprawa widoczna od trzeciego dnia obserwacji. Spadek ciepłoty. Przełom leukocytozy, wyraźne przesunięcie wzoru na lewo. W dalszym przebiegu powikłanie w postaci olbrzymiej ropowicy pośladka. Stopniowa poprawa po przecięciu.

U pierwszej chorej przyczyna agranulocytozy pozostaje nieznana (tasiemiec?). Chora nie otrzymywała lekarstw, które mogły by uszkodzić czynność szpiku kostnego. U drugiej chorej przyczyną choroby było uszkodzenie szpiku kostnego, spowodowanego przez arsenobenzol i bizmut.

Wobec ciężkiego przebiegu obu przypadków nie mogło tu być mowy o samoistnym wyleczeniu, którego widoki w tej chorobie są, jeśli sądzić według dotychczasowych danych statystycznych, w ogóle bardzo nikłe.

Prof. J. RIHL, Praga.

GRUCZOŁ TARCZOWY A KRĄŻENIE KRWI.

(podług odczytu wygłoszonego na VIII Kursie dokształcających studiów lekarskich, odbytym w dniach 31 maja — 4 czerwca 1936 roku w Tatrzańskiej Stacji Klimatycznej).

Powszechnie wiadomo, że w wysokogórskim klimacie Tatr chorzy na chorobę Basedowa czują się dobrze; przykre objawy cierpienia wyraźnie się cofają.

Zaburzenia czynności tarczycy są częstym zjawiskiem klinicznym. Polegają one bądź na nadczynności („nadtarczyczność), bądź na podczynności („podtarczyczność") gruczołu. Do grupy zaburzeń nadczynnościowych należą postacie ciężkie, lekkie i poronne choroby Basedowa, oraz blisko z tą chorobą spowinowacony zespół wola toksycznego. Znamienną cechą wszystkich tych zespołów są zaburzenia w krążeniu, skojarzone z zakłóceniem przemiany tkankowej, spowodowanym przez nieprawidłową czynność tarczycy.

W celu głębszego zbadania istoty klinicznych zaburzeń w krążeniu należy uciec się do doświadczeń na zwierzętach. Wyniki tych doświadczeń trzeba jednak oceniać z jaknajdalej idącą rezerwą, trudno bowiem porównywać wymienione zespoły kliniczne z rezultatami badań laboratoryjnych.

Podczynność tarczycy może być spowodowana przez całkowite lub częściowe wycięcie gruczołu. Nadczynność tarczycy można wywołać: 1° drogą podawania wyciągów gruczołu, 2° drogą podawania wyciągów przysadki mózgowej, które pobudzają i wzmagają czynność wydzielania dokrewnego tarczycy.

Do związków pierwszej grupy należy w pierwszym rzędzie tyroksyna. Metodę „magazynowania" tyroksyny w celu wywołania zaburzeń w krążeniu stosowano często z doskonałym skutkiem. Otrzymuje się tą drogą odczyny narządu krążenia bardzo zbliżone do klinicznego obrazu nadczynności tarczycy.

Wyciąg przysadki nazywamy czynnikiem tyreotropowym. W zakładzie kierowanym przez autora prowadzi się badania nad tym czynnikiem. Stwierdzono, że mechanizm działania czynnika na przemianę podstawową i na krążenie, w spoczynku i w pracy, zasadniczo się różni od mechanizmu działania tyroksyny.

1. Czynnik tyreotropowy szybciej niż tyroksyna zwiększa zużycie tlenu w ustroju zwierzęcym lub w żywych tkankach.

2. Po dłuższym podawaniu czynnika tyreotropowego przemiana podstawowa opada poniżej poziomu prawidłowego. W podobny sposób zachowuje się tętno. Wpływ tyroksyny na przyśpieszenie tętna zaznacza się dopiero po 8—9 godzinach, a po podaniu czynnika tyreotropowego tętno przyśpiesza się wybitnie już po upływie 2 godzin. Dłuższe, stałe podawanie tyroksyny wywołuje ostatecznie trwały częstoskurcz, a przy stałym podawaniu czynnika tyreotropowego częstość tętna, po osiągnięciu maksymalnej wysokości, opada poniżej normy. — Wewnątrzpochodny hormon tarczycy, uruchomiony drogą podawania czynnika tyreotropowego, nie jest zatem ciałem identycznym z tyroksyną. Opisane po-

niżej zmiany przemiany podstawowej i tętna pod wpływem czynnika tyreotropowego zależą od pojawienia się przeciwhormonu. Podobne przeciwhormony wykrywa się również w doświadczeniach na zwierzętach; żadnych dokładnych wiadomości o tych ciałach dotąd nie posiadamy. W doświadczeniach na zwierzętach można wywołać stany nadczynności tarczycy bardzo odrębne, zależnie od obranej metody.

Aby zrozumieć istotę zmian w układzie krążenia, należy zdać sobie sprawę z pewnych podstawowych czynników. Są to: 1) objętość minutowa, czyli ilość krwi, która w jednostce czasu przepływa przez serce; 2) całkowita ilość krwi krążącej; 3) opory, które musi przezwyciężyć krew krążąca w naczyniach: jak wiadomo, krew krąży wskutek różnicy ciśnień, podtrzymywanej przez pracę serca odgrywającego rolę motoru.

Posiadamy obecnie ścisłe dane dotyczące wymienionych czynników, zarówno u zwierząt, jak i u człowieka. Za pomocą analizy gazowej można zmierzyć z wystarczającą dokładnością objętość minutową. Ilość krwi krążącej oblicza się drogą wprowadzenia do ustroju barwników. Wreszcie, jaknajdokładniej można zmierzyć ciśnienie tętnicze krwi; cyfry dotyczące ciśnienia zyskują na wartości przy jednoczesnym uwzględnieniu objętości minutowej i ilości krwi.

Liczby, określające objętość minutową są bez znaczenia, dopóki nie posiadamy normy dla tego pojęcia. Aby normę tę ustalić, należy uwzględnić rolę objętości minutowej w przemianie tkankowej. Prawidłową objętością minutową jest taka objętość, która odpowiada prawidłowym liczbom przemiany tkankowej. Należy jednak odróżniać przemianę w spoczynku od przemiany w pracy. Łatwo znaleźć cyfry prawidłowe dla przemiany spoczynkowej, gdyż u osób danego wieku i danej płci, nie ma większych wahań przemiany, obliczonej w stosunku do metra kwadratowego powierzchni ciała. Najnowsze badania wykazały zresztą, że istnieje również niezmienny stosunek pomiędzy objętością minutową a powierzchnią ciała. Wielkość objętości minutowej w stosunku do metra kwadratowego powierzchni ciała nazywamy „wskaźnikiem sercowym“, który stanowi normę objętości minutowej.

W nadczynności tarczycy zwiększa się przemiana podstawowa zarówno w spoczynku, jak i podczas pracy. Objętość minutowa u osób dotkniętych tym cierpieniem, również jest znacznie większa, niż u osób zdrowych. Wskaźnik sercowy też jest wyższy. Fakty te potwierdzają się niezbicie, odkąd rozporządzamy ścisłą metodą obliczania objętości minutowej. Stwierdzono, że czas obiegu krwi się nie skraca, czyli że przez dany odcinek układu krążenia krew przepływa prędzej niż w warunkach prawidłowych. Barwniki, wstrzyknięte w określonym miejscu do krwi, pojawiają się w innych okolicach ciała u osób chorych na chorobę Basedowa prędzej niż u osób zdrowych. Przyśpieszenie krążenia nie świadczy jeszcze o powiększeniu się objętości minutowej. Świadczyć może o tym powiększeniu tylko wtedy, kiedy opory w układzie naczyniowym są niezmienione, co bynajmniej nie jest regułą.

Zwiększoną szybkość prądu krwi badać można bezpośrednio, oglądając pod mikroskopem naczynia włoskowate paznokcia. W podczynności tarczycy krążenie we włośnicach jest zwolnione. Obserwacje te dotyczą jednak określonej okolicy naczyniowej, ogólnych więc wniosków, dających się zastosować do całego krążenia krwi, nie można z tych spostrzeżeń wyciągnąć.

Objętość minutowa w chorobie Basedowa jest powiększona bardziej, niż to odpowiada nasileniu przemiany tkankowej. Różnica pomiędzy zawartością tlenu w krwi tętniczej i w krwi żylnej jest mniejsza niż w warunkach prawidłowych, czyli że krew u chorych na nadczynność tarczycy oddaje mniej tlenu do tkanek niż u ludzi zdrowych. W danej jednostce czasu serce tłoczy do tkanek więcej tlenu niż tkanki te mogą zużytkować, chociaż zapotrzebowanie tlenu jest większe.

Objętość minutowa jest iloczynem częstości tętna i objętości krwi, uruchomianej przez każdy skurcz serca.

Należy teraz zastanowić się nad przyczyną przyśpieszenia tętna. W toku różnorodnych odnośnych doświadczeń wyłączano zawsze wpływ nerwów sercowych i w ten sposób przekonano się, że tyroksyna wywołuje częstoskurcz.

W podczynności tarczycy objętość minutowa i przemiana podstawowa są zmniejszone.

Posiadamy ścisłe wiadomości o zachowaniu się krwi krążącej. W nadczynności tarczycy masa krwi jest zawsze powiększona, nigdy nie jest zmniejszona. Jest to szczegół ważny przy badaniu oporów, na jakie natrafia obieg krwi w nadczynności. W obrazie klinicznym choroby Basedowa nie mamy do czynienia z istotnym trwałym nadciśnieniem, a tylko z okresowymi skokami ciśnienia. Stąd wniosek, że naczynia się rozszerzają, a wskutek tego ciśnienie rozkurczowe, czyli ciśnienie w okresie wielkiej pauzy sercowej, jest niższe od prawidłowego. Badając drobnowidowo naczynia włoskowate paznokci można się z łatwością przekonać, że są one rozszerzone.

Rozpiętość tętna u chorych na chorobę Basedowa jest powiększona. Przyczyną tej powiększonej rozpiętości tętna jest większa szybkość, z jaką opróżniają się wielkie tętnice podczas skurczu, a nie uszkodzenie zastawek, jak w niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Przekrój tętniczek, które oddają następnie krew do włośnic, jest powiększony.

Oglądane pod mikroskopem włośnice paznokci są wydłużone i przenikają w głąb tkanki, w podczynności tarczycy włośnice są krótkie i kręte. Pod wpływem odpowiedniego leczenia (wycięcie tarczycy, podawanie tyroksyny), zmieniają się warunki krążenia, kształt włośnic jednak już się nie zmienia.

Jest to zjawisko godne uwagi, zwłaszcza w związku z szeregiem innych podobnych spostrzeżeń, dokonanych w dziedzinie wydzielania dokrewnego. Stwierdzono mianowicie, że po podawaniu nadmiernie wysokich dawek hormonów, wytwarzają się zmiany morfologiczne, które już się nie cofają po przerwaniu leczenia hormonami, a więc są to zmiany nieodwracalne. Podając hormon pę-

cherzyków *Graafa*, można wywołać u niedoświadczalnych zwierząt—samców — nieodwracalny przerost gruczołów sutkowych.

Elektrokardiogram wykazuje zwykle zaburzenia czynności serca, zaburzenia pochodzenia zarówno przedsionkowego, jak i komorowego.

Spośród powikłań sercowych w nadtarczyczności należy jeszcze wymienić bóle dusznicowe, które zgodnie z panującym obecnie poglądem, zależą od upośledzenia dopływu krwi do mięśnia sercowego.

Nadczynność tarczycy może niewątpliwie sama przez się zmodyfikować czynność sierdzia. Po wycięciu gruczołu np. objętość serca się zmniejsza. Zjawisko powyższe tłumaczy się jedynie zmniejszeniem uprzednio patologicznie wzmożonej produkcji hormonu. Bezpośrednio po zabiegu stwierdza się, przemijające zresztą, zmiany w elektrokardiogramie.

Po usunięciu gruczołu cofają się nawet ciężkie zaburzenia sercowe. Są to zatem zaburzenia wyłącznie czynnościowe, spowodowane przez nadmierną produkcję hormonu.

Obraz kliniczny podczynności lub zupełnego braku tarczycy jest biegunowym przeciwstawieniem zespołu nadczynności.

W uporczywej, nie poddającej się leczeniu farmakologicznemu niedomodze serca usiłowano wywołać sztucznie zespół podczynności tarczycy, wychodząc z założenia, że skoro nie można wzmocnić krążenia, należy przynajmniej obniżyć przemianę tkankową. Z usiłowań tych wynika, że wycięcie tarczycy można stosować jako zabieg leczniczy nie tylko w nadczynności gruczołu, lecz i w przypadkach prawidłowego jego działania.

Dr W. KRAMER, Szpital Miejski w Szczecinie.

LECZENIE RÓŻY

(Referat podług Münch. med. Wschr. 1936 Nr. 15).

Na zasadzie materiału, opartego na 23 przypadkach róży, autor dochodzi do wniosku, że Prontosil stanowi najskuteczniejszy środek przeciw paciorkowcom. Prontosil ani razu nie zawiódł pokładanych w nim nadziei. Gorączka opadała przeważnie w 2. lub 3. dniu choroby, przeciętnie zaś temperatura i tętno wracały do normy po 4,3 dniach. U 23 chorych na różę, nie leczonych Prontosilem, ten pomyślny zwrot następował dopiero po 11,3 dniach. Zaczerwienienie i obrzęk ustępowały bardzo szybko po podaniu Prontosilu. W pojedyńczych tylko przypadkach przez krótki czas zaczerwienienie nieznacznie jeszcze się rozszerzało. Bardziej jeszcze uderzającą była poprawa podmiotowa. Przykre uczucie napięcia i gorąca w chorych odcinkach skóry ustępowało najpóźniej po upływie ½ godziny po podaniu Prontosilu.

U 21 chorych (92%) osiągnięto wybitne złagodzenie przebiegu całej choroby. U 2 opornych chorych przyczyna niepowodzenia zależała od zastosowania zbyt małej dawki. Z objawów ubocznych, przy podawaniu do wewnątrz, należy

wymienić mdłości, odbijania, skłonność do wymiotów. W moczu ani razu nie znaleziono wałeczków ani białka, mocz zabarwiał się na kolor brunatno-czerwonawy. *Kramer* jest zwolennikiem wstrzykiwań Prontosilu, gdyż w ten sposób osiąga się już po małych dawkach większe stężenie we krwi utrzymujące się zresztą dość krótko.

Prontosil działa ponadto doskonale w ciężkich ropnych naciekach tkankowych, które szybko się odgraniczają i ustępują, poza tym w stanach septycznych, a zwłaszcza w zakażeniach po poronieniach.

Dr K. IMHÄUSER, Szpital Milbitz, Gera.

LECZENIE SCHORZEŃ SEPTYCZNYCH.

(Referat według Med. Klin. 1935 Nr 9).

Spostrzeżenia autora dotyczą 11 chorych dotkniętych objawami septycznymi i leczonych za pomocą doustnego i pozajelitowego stosowania Prontosilu. W 2 przypadkach przyczyną zakażenia septycznego była gorączka połogowa, w 4 — poronienie o przebiegu gorączkowym, w 4 — róża i w 1 — ciężka flegmona zgorzelinowa podudzia. Przy zakażeniu połogowym, poronieniach gorączkowych i przy róży zastosowanie Prontosilu szybko powstrzymywało rozwój choroby, obniżało gorączkę i sprowadzało po krótkim czasie wyleczenie. Ani razu nie stwierdzono dalszego postępowania róży lub nawrotów. U 2 chorych z ropnym zapaleniem opon mózgowych oraz w 2 przypadkach septycznego zapalenia wsierdzia, działanie Prontosilu zawiodło; zaznaczyć tu jednak należy, że chorzy ci przybyli do szpitala już w daleko posuniętym końcowym okresie choroby. Prontosil pozostał bez wpływu również w 2 przypadkach posocznicy gronkowcowej; u jednej chorej stwierdzono ciężkie zakażenie septyczne po poronieniu, przy czym już przed przyjęciem do szpitala wytworzyły się liczne ogniska zapalenia szpiku kostnego w kościach czaszki; chora zmarła z powodu zapalenia opon mózgowych i ropnia mózgu. Wreszcie nie udało się autorowi osiągnąć dotychczas wyleczenia również w przypadkach powolnego zapalenia wsierdzia. Znacznie lepiej działał Prontosil w 3 przypadkach zapalenia miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego: gorączka szybko ustąpiła i wszystkie chorobowe zmiany w moczu zniknęły bez śladu. Duże znaczenie ma tu spostrzeżenie, że Prontosil działa pomyślnie nie tylko przy zakażeniach paciorkowcowych lecz również przy zakażeniach wywołanych przez laseczniki okrężnicy.

Niezależnie od wstrzykiwań Prontosilu wskazane jest jednoczesne doustne podawanie tabletek; w dalszym przebiegu choroby, po ustąpieniu okresu ostrego, można przejść już wyłącznie do leczenia doustnego. Autor podawał przy tym 3 — 4 razy dziennie po 2 tabletki à 0,3 g. Tolerancja zarówno wstrzykiwań jak i doustnego stosowania Prontosilu była bardzo dobra.

Dr E. KLEIN, Klinika Pediatryczna Uniw. w Wrocławiu.

PRONTOSIL W PRAKTYCE DZIECIĘCEJ.

(Referat według Med. Klin. 1936, Nr 28).

Prontosil podawano systematycznie dzieciom we wszystkich przypadkach ropomoczu. Wyniki okazały się bardzo pomyślne. Prontosil skraca czas trwania choroby, szybko obniża gorączkę i zmniejsza ilość nawrotów. Tolerancja zarówno podawania doustnego jak i wstrzykiwań jest dobra. Jedynie u dzieci młodszych występowały czasem po podaniu doustnym wymioty, brak apetytu a nawet biegunki. Z tego względu autor chętnie stosował przede wszsytkim wstrzykiwania domięśniowe. Prontosil wstrzykiwano przez 5 — 6 dni aż do zupełnego spadku gorączki. Mocz powracał do normy przeważnie w kilka dni później. Starszym dzieciom podawano 3 razy dziennie po 1 tabletce; w znakomitej większości przypadków ropomocz szybko ustępował.

Domięśniowe wstrzykiwania Prontosilu wpływały nadzwyczaj dobrze również na różę bardzo małych dzieci. W pewnym uporczywym przypadku róży na głowie, który był odporny na wszelkie poprzednio stosowane zabiegi lecznicze, objawy chorobowe szybko ustąpiły po podaniu Prontosilu (3 razy dziennie po 1 tabletce). 12-dniowe niemowlę z różą moszny i objawami zgorzeli skóry otrzymało 2 wstrzyknięcia domięśniowe Prontosilu po 5 cm^3; dziecko zmarło niestety wskutek zapalenia otrzewnej wywołanego przerwaniem olbrzymiego obrzęku moszny.

Dziecko 9-miesięczne z zapaleniem ucha środkowego, zapaleniem wyrostka sutkowego, sztywnością karku i dodatnim objawem *Kerniga* znajdowało się już w stanie tak ciężkim, że robiło wrażenie umierającego. Rodzice nie zgadzali się na dokonanie antrotomii, tak że dziecko uważano już za stracone. Jako ostatnią deskę ratunku zastosowano domięśniowo i doustnie Prontosil. Po 3 dniach leczenia rodzice zgodzili się wreszcie na wykonanie zabiegu operacyjnego, podczas którego stwierdzono obecność ropy na oponie twardej. Dokonano następnie przetaczania krwi oraz przez 8 dni wstrzykiwano Prontosil. Wykonane kilka razy nakłucie lędźwiowe wykazało postępującą poprawę. Po miesiącu dziecko wypisano z kliniki w stanie zupełnie dobrym.

Acidol-Pepsin

przejawia długotrwałe działanie
kwasu solnego z pepsyną

H. TÜRK, Hamburg.

LECZENIE ZAPALENIA MIEDNICZEK NERKOWYCH I PĘCHERZA MOCZOWEGO, WYWOŁANEGO PRZEZ ZAKAŻENIE LASECZNIKAMI OKRĘŻNICY.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1937, Nr 32).

Materiał obserwacyjny autora składa się z 16 chorych dotkniętych przewlekłym zapaleniem miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego, wywołanego przez zakażenie lasecznikami okrężnicy oraz z 3 kobiet z rozpoznaniem: Pyelocystitis gravidarum. Leczenie heksametylenotetraminą i różnymi ziołami odkażającymi i moczopędnymi pozostawało przeważnie bez wpływu na uporczywy przebieg choroby, natomiast krótkotrwałe podawanie Prontosilu w tabletkach doprowadziło szybko do zupełnego wyleczenia. Na ogół po 5 — 6 dniach mocz nie zawierał już laseczników okrężnicy; jedynie u kobiet w ciąży, być może z powodu zbyt krótkiego czasu leczenia, badanie moczu wykazywało jeszcze obecność bakteryj.

1. Chora G. B., 33 lata. Od 4 dni bóle w lewej okolicy nerkowej. Palenie i bóle podczas oddawania moczu. Pollakisuria, Ischuria paradoxa. Badanie moczu: nabłonki +, leukocyty + + (+), erytrocyty + + + +, kolosalna ilość laseczników okrężnicy. Laseczników Kocha nie wykryto. Białko +. Leczenie: 3 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu. Żadnych innych środków nie stosowano. Po 3 dniach stan bezgorączkowy, samopoczucie dobre. Po 4 dniach mocz jałowy. Po 6 dniach chora wypisuje się ze szpitala jako wyleczona.

2. Chora M. K., 52 lata. Od 5 tygodni palenie przy oddawaniu moczu. Cystoskopia: błona śluzowa u podstawy pęcherza mocno zaczerwieniona i pokryta gęstą warstwą rozpadłych komórek, ujścia moczowodów można rozpoznać jedynie chwilami. Badanie moczu: nabłonki +, leukocyty + + +, erytrocyty (+), kolosalna ilość laseczników okrężnicy. Slad białka. Leczenie: heksametylenotetramina, napar z kwiatu lipowego. Przepłukiwania pęcherza moczowego solami srebrowymi. Po 15 dniach stan prawie bez zmiany, objawów poprawy nie stwierdza się. Wobec bezskuteczności dotychczasowego leczenia autor zastosował Prontosil, który podawano przez 6 dni w dawkach 3 razy dziennie po 1 tabletce. Mocz zbadano dopiero po 5 dniach: obecności drobnoustrojów nie stwierdza się. Chora wypisuje się bez dolegliwości.

3. Chora M. K., 35 lat. Silne bóle przy oddawaniu moczu. Od 2 dni opryszczka wargowa. Okolica nerek obustronnie bardzo wrażliwa na ucisk. Gorączka do 40°. Leukocytoza 18000. Badanie moczu: nabłonki + +, leukocyty + +, kolosalna ilość laseczników okrężnicy. Obecności białka nie stwierdza się. Leczenie: 3 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu, napar z kwiatu lipowego. Przebieg: po 7 dniach wszystkie dolegliwości ustąpiły zupełnie. Badanie moczu po 5 dniach stosowania Prontosilu: nabłonki +, leukocyty +, laseczników okrężnicy nie znaleziono. Również i nadal mocz pozostał jałowy.

Acidol-Pepsin

swoisty środek

działający na żołądek w raku żołądka

Dr P. FASAL, Szpital Wieden w Wiedniu.

WSPÓŁCZESNY STAN ZAGADNIENIA OPARZEŃ Z SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM LECZNICTWA.

(Referat według Klin. Wschr. 1937 Nr 21).

Niewielkie oparzenia skóry należy leczyć miejscowo; oparzenia większe i cięższe wymagają koniecznie leczenia również ogólnego, np. dostarczania ciepła podczas wstrząsu i podawania płynu dla nie dopuszczania do zgęszczenia krwi. Autor radzi podawać chorym możliwie dużo płynu do picia, ponadto stosować kroplówkę lub też wstrzykiwać dożylnie fizjologiczny roztwór soli kuchennej lub według *Wilsona* podawać 6%-owy roztwór soli i gumy arabskiej. Stosowanie morfiny uważa się w Niemczech za błąd w sztuce, natomiast w Ameryce, Anglii i Francji stosuje się odrazu 0,01—0,02 g lub więcej morfiny. Autor osobiście nie jest bynajmniej stanowczym przeciwnikiem morfiny. Atropina zaproponowana przez *Neudę* ma jakoby przeciwdziałać cholinie, jadowi powstającemu podczas oparzeń i zbliżonemu w swym działaniu szkodliwym do muskaryny. Niektórzy autorzy zalecają również połączenie hyoscyaminy ze skopolaminą. Natychmiast należy stosować środki wzmacniające serce i krążenie krwi. Przy najmniejszym nawet podejrzeniu tężca należy bezzwłocznie zastosować antytoksynę tężcową.

Jeżeli dochodzi do toksycznego okresu oparzenia, to najodpowiedniejszym zabiegiem leczniczym jest przetoczenie krwi. Jeszcze przez długi czas po ustąpieniu objawów toksycznych, należy zwracać baczną uwagę na zaburzenia sercowe i nerkowe. Najniebezpieczniejsze zakażenie przyranne — róża — straciło prawie zupełnie swą dotychczasową grozę, gdyż powikłanie to możemy obecnie łatwo przezwyciężyć za pomocą Prontosilu. W 5 przypadkach róży po oparzeniach autor osiągnął za pomocą Prontosilu szybkie i doskonałe wyniki lecznicze. Spośród innych powikłań w związku z oparzeniami należy tu wymienić objawy oskrzelowe i płucne. Oparzenie może ewentualnie obudzić utajoną dotychczas gruźlicę. Obserwowano następnie po oparzeniu owrzodzenie żołądka i dwunastnicy, płonicę przyranną, toksyczną wysypkę podobną do płonicy, która nie jest prawdopodobnie istotną płonicą. Opisywano również przypadki zapalenia miękkich opon mózgowych i udaru mózgowego. W miejscu oparzenia mogą występować bardzo przykre zmiany lokalne jak np. pęcherze, blizny przerostowe, przykurcze i zwyrodnienie złośliwe. Rak w bliźnie po oparzeniu występuje wcale nie tak rzadko. Wczesne usunięcie spalonych tkanek najpewniej zapobiega wytworzeniu się toksyn. Niektórzy chirurgowie nacierają w uśpieniu oparzoną powierzchnię w ciągu 10 minut mydłem i szczotką, jednakże potrzebna tu głęboka narkoza przedstawia w okresie wstrząsu pewne niebezpieczeństwo.

Z powodzeniem stosuje się również maść tranową obfitującą w witaminy. Istotną nowością było wprowadzenie leczenia taniną: usuwa się pokrywę pęcherzy i co godzinę nakrapia się na gazę pokrywającą ranę 2,5—5 %-owy roztwór taniny; gazę usuwa się dopiero po wytworzeniu się strupów, t. zn. po 10 — 14 godzinach, dla zastosowania następnie terapii świetlnej. Do leczenia twarzy służy 5 %-owa maść taninowo-lanolinowo-wazelinowa. *Wilson* stosuje taninę w 1‰-owym roztworze Trypaflaviny lub smaruje następnie oparzoną powierzchnię 1 %-owym roztworem fioletu gencjanowego. Ostrą toksemię leczy *Wilson* wyciągiem z kory nadnerczy; dorosłym wstrzykuje się co godzinę 2 cm^2 — do 12 cm^3, dzieciom co 2 godziny po 1 cm^3. Dzięki temu leczeniu śmiertelność obniżyła się z 22 do 4,8 %. Z chwilą rozpoczęcia wytwarzania się ziarniny wskazana jest 1 %-owa maść z Voganu, która daje dobre wyniki lecznicze, później można również stosować łekkie maści ściągające. Jeżeli oparzenie leczono bardzo energicznie maściami, tak że powstały następnie trudności przy wycinaniu miejsca oparzenia, to po kilku dniach wskazane jest zastosowanie okładów z maści bornej z dodatkiem niewielkiej ilości Rivanolu a następnie preparatów pobudzających wytwarzanie się nabłonka.

Dr GORGON, Klinika Chirurgiczna w Heidelbergu.

W SPRAWIE GOJENIA SIĘ RAN PO OPERACJACH ASEPTYCZNYCH.

(Referat według Chirurg. 1937 Nr. 3).

W Klinice Chirurgicznej w Heidelbergu wyjaławianie odbywa się bezpośrednio przed operacją w sterylizatorze o zwiększonym ciśnieniu pod bieżącą parą. Wyjaławianie trwa 5—8 minut przy 120°. Noże, strzykawki, igły, probówki, flaszeczki Novocainy również poddaje się sterylizacji. Po użyciu przemywa się instrumenty w bieżącej wodzie, gotuje się, spłukuje roztworem odkażającym, suszy i przechowuje w pogotowiu do następnej sterylizacji. Instrumenty ropne gotuje się po umyciu w ciągu 30 minut i odkłada się do wyjałowienia w następnym dniu. Instrumenty prostsze używa się podczas operacji tylko raz jeden. Bieliznę wyjaławia się w parze przy 120° w ciągu 45 minut. Katgut nie użyty podczas operacji poddaje się następnie sterylizacji dodatkowej przez przechowywanie go w 0,5 %-owym roztworze jodu w 96 %-owym alkoholu. Nici wyjaławia się w ciągu 20 minut przy 120° w bieżącej parze. Ręce dezynfekuje się przez 5 minut mydłem i szczotką, którą po wygotowaniu przechowywano w 5 %-owym roztworze Zephirolu. Następnie w specjalnym pomieszczeniu myje się ręce 60 %-owym alkoholem lub 1 %-owym roztworem Zephirolu. Wybór: alkohol czy Zephirol uzależniano indywidualnie od tolerancji skóry; większość lekarzy była zwolennikiem Zephirolu.

Odkażanie pola operacyjnego rozpoczyna się przeważnie już wieczorem w przeddzień operacji: skórę w ciągu 5 minut myje się 1 %-owym Zephirolem, poczym nakłada się jałowy bandaż, który zdejmuje się dopiero na stole operacyjnym. W innych przypadkach myje się pole operacyjne bezpośrednio przed operacją (również przez 5 minut 1 %-owym Zephirolem). Następnie pole operacyjne oznacza się 2 %-owym roztworem Zephirolu zabarwionym na kolor czerwony. Po zakończeniu septycznej części operacji operator zmienia rękawiczki albo myje je w 2 %-owym Zephirolu. Częste badania bakteriologiczne odkażanych instrumentów, rąk i bielizny ani razu nie wykazały obecności zarazków. Gąbki używane do mycia rąk w alkoholu zawierały laseczniki sienne, gronkowce i laseczniki ropy błękitnej, gdyż przechowywano je bez zamknięcia. Obecnie przechowuje się je w 5 %-owym Zephirolu. W salach operacyjnych znajdywano zasadniczo bakterie, natomiast odkażanie rąk Zephirolem i alkoholem dawało całkowitą jałowość w 99—100 % przypadków. Rozmazy z rąk odkażonych Zephirolem, dokonane po operacji, wykazywały obecność gronkowców niehemolitycznych jedynie w 3 %, a po odkażaniu alkoholem bakterie znaleziono w 17 % (9 %-gronkowce, 4 %-laseczniki okrężnicy, 4 %-sarciny). Od czasu stosowania Zephirolu częstość zaburzeń w gojeniu się ran zmniejszyła się znacznie. Jeszcze w 1. półroczu 1935 przy odkażaniu pola operacyjnego jodyną zaburzenia w gojeniu się ran wynosiły 6,3 %; od czasu wprowadzenia na klinikę Zephirolu odsetek zakażeń przyrannych już w 2. półroczu 1935 obniżył się do 2,9 %. Przy porównywaniu jałowości kawałeczków skóry, preparaty jodowe wykazywały jałowość w 13,5 % a preparaty odkażane Zephirolem — w 60 % (przy 2 %-owym Zephirolu w 29 %). Od czasu odkażania pola operacyjnego 2 %-owym roztworem Zephirolu, gojenie się rany per primam następowało w 98,4 % przypadków.

Prof. dr A. ECKSTEIN, Akad. Klinika Pediatryczna w Düsseldorfie.

LECZENIE ASFIKSJI NOWORODKÓW ZA POMOCĄ ICORALU.

(Referat według Zeitschr. Kinderheilkunde 1933, tom 54).

Asfiksja dzieci przedwcześnie urodzonych i noworodków jest stanem bardzo poważnym, który nierzadko bezpośrednio zagraża życiu. Asfiksję można przeważnie przezwyciężyć jedynie przez pobudzenie oddechu. Czasami również i silne bodźce skórne (zlewania wodą, szczotkowanie stóp, owijania gorczyczne) prowadzą do celu. Sztuczne oddychanie daje na ogół wyniki gorsze. Inhalacje tlenowe lub wprowadzanie tlenu do żołądka za pomocą zgłębnika często zawodzą. Wprowadzenie leczenia asfiksji za pomocą wstrzykiwań lobeliny było znacznym postępem w zwalczaniu zaburzeń oddechowych u dzieci przedwcześnie urodzonych, jednakże działanie lobeliny

stosunkowo szybko przemija. Połączenie z innymi środkami (np. z kofeiną, strychniną) nie stanowiło żadnego postępu. Dalszym udoskonaleniem leczenia asfiksji okazało się dopiero wprowadzenie do lecznictwa Icoralu.

Icoral jest to wodny roztwór chlorowodorku dwóch syntetycznie wytworzonych zasad, z których jedna m-oxy-n-etylo-dwumetylo-amino-etylo-aminobenzol (zasada A) pobudza w sposób swoisty ośrodek oddechowy, podczas gdy druga m-oxy-fenylo-propanolo-amina (zasada B) działa na serce i układ naczyniowy jak efedryna. Ampułka o pojemności 2 cm^3 zawiera roztwór 5%-owy obu zasad w stosunku 4 : 1, ampułka o pojemności 1 cm^3 zawiera roztwór 0,5%-owy. Ampułki po 2 cm^3 są dla dorosłych, ampułki po 1 cm^3 — dla noworodków.

Zasada A pobudza ze znaczną swoistością, podobnie jak alkaloid naturalny lobelina, ośrodek oddechowy. W doświadczeniach na królikach z oddechem porażonym za pomocą morfiny, dożylne wstrzyknięcie 0,1 mg zasady A na kg wagi zwierzęcia już zwiększa oddychanie mniej więcej o 80%. Po wyczerpaniu się działania można wstrzykiwania powtarzać dowolną ilość razy bez żadnej szkody dla zwierzęcia. Pomimo znacznej siły działania pobudzającego ośrodek oddechowy, dopiero 10 mg zasady A (dożylnie na kg wagi) wywołują pierwsze objawy toksyczne pod postacią drgawek. Tak wielkiej skali terapeutycznej oraz takiej skuteczności nie posiadał dotychczas żaden naturalny ani syntetyczny środek analeptyczny. Zasada B jest związkiem o wybiórczym działaniu na krążenie, chemicznie i farmakologicznie zbliżonym do efedryny, lecz pod względem wartości leczniczej znacznie skuteczniejszym. Zasada B wzmaga ciśnienie krwi na drodze zwiększenia wydolności serca. Wzmożenie wydolności serca dochodzi do skutku przez przyśpieszenie częstości skurczów, zwiększenie kurczliwości i pośrednio przez znaczne rozszerzenie naczyń wieńcowych. Wobec tego, że zasada B zwiększa wydolność serca, stawia ona poważne wymagania siłom rezerwowym mięśnia sercowego, aby przetłoczyć zwiększoną ilość krwi poprzez i bez tego wzmożony opór. Otóż przy sercach w stanie niedomogi z wyczerpanymi siłami rezerwowymi, przy których większe obciążenie serca jest niedopuszczalne, nie wolno nigdy stosować zasady B jako namiastki naparstnicy.

Icoral, jako mieszanina obu zasad, jednoczy działanie zasady B, przezwyciężającej zapaść krążeniową, z działaniem zasady A, pobudzającej czynność oddechową i normalizującej wymianę gazów we krwi, tak że również krew przeładowana dwutlenkiem węgla i cierpiąca na brak tlenu zostaje doprowadzona do stanu prawidłowego.

W ciągu kilkuletnich badań nad wpływem Icoralu na krążenie i oddychanie okazało się, że w stanach porażennych ośrodkowego układu nerwowego (zatrucia) Icoral pogłębia i przyspiesza oddech, przyspiesza tętno i zwiększa ciśnienie krwi, natomiast w stanach nadmiernego podrażnienia ośrodkowego układu nerwowego zwalnia i pogłębia oddech, zwalnia i lepiej wypełnia tętno

i zwiększa w ten sposób ciśnienie krwi. Icoral działa więc na krążenie i oddychanie w ten sposób, że czynności te odbywają się bardziej regularnie i ekonomicznie. Icoral nie kumuluje, wobec czego po każdorazowym wyczerpaniu się działania można go znowu wstrzykiwać z takim samym wynikiem jak poprzednio. Tak np. w jednym przypadku wstrzyknięto z powodzeniem 25 ampułek w ciągu 24 godzin. Działanie ujawnia się wkrótce po wstrzyknięciu domięśniowym.

Jeżeli rozchodzi się o przypadki bardzo groźne, to można Icoral zamiast domięśniowo lub podskórnie wstrzyknąć bez obawy powoli do żyły. Przy stosowaniu dożylnym nie należy przekraczać dawki 0,5—1 cm^3, gdyż odpada tu zwolnienie wchłaniania wskutek miejscowego naczyniowego działania składnika o własnościach efedryny, a nagłe wprowadzenie większej dawki preparatu mogłoby ew. wywołać przykre objawy uboczne.

W Klinice Pediatrycznej w Düsseldorfie stosowano Icoral z pomyślnymi wynikami u 129 przedwcześnie urodzonych dzieci. Działanie rozpoczyna się przeważnie po 4 — 5 minutach, czasami nawet wcześniej i trwa około 50—60 minut. Działanie jest bardzo silne. Oprócz pogłębienia i przyspieszenia oddechu dochodziło w poszczególnych przypadkach do czkawki, która może utrzymywać się okresowo nawet przez dłuższy czas. Nawet w przypadkach zupełnego bezdechu Icoral skutecznie pobudzał ruchy oddechowe. Dawka lecznicza wynosi przy stosowaniu domięśniowym 1 cm^3. Objawów kumulacji nie stwierdzono ani razu. Działanie Icoralu jest silniejsze niż działanie lobeliny i trwa dłużej (przeciętnie 35 — 60 minut). Kilka spostrzeżeń próbnych przy zaburzeniach oddechowych u chorych z toksyczną błonicą i porażeniem *Landry'ego* przy zapaleniu rogów przednich wykazało bezskuteczność Icoralu w tych chorobach. Icoral działał natomiast doskonale w stanach asfiktycznych u dzieci przedwcześnie urodzonych i przy odoskrzelowym zapaleniu płuc.

WILLNAU, KLEMM (Historia wynalazków) i inni.

MIKROSKOP JAKO ZABAWKA.

Kto pierwszy wynalazł szkło powiększające? Czy był to uczony, który pragnął zbadać tajniki przyrody, czy byli to ciekawi, którzy dla zaspokojenia swej namiętności dociekania wszystkiego stosowali szkła załamujące światło, czy też był to człowiek, który dla zabicia czasu i urozmaicenia chciał wszystko oglądać w powiększeniu i miał przyjemność w tym, aby robić z muchy słonia? Jakich niezwykłych wrażeń doznaje przecież jeszcze dzisiaj człowiek, który ogląda w powiększeniu pająka albo widzi skierowane na siebie wielkie , wyłupiaste oko muchy, nie odczuwając przy tym żadnego lęku. Jeżeli widzieliśmy przez szkło powiększające żądło osy, to w razie ukąszenia możemy się uważać prawie za bohaterów. Pierwszą wzmiankę o szkłach stosowanych do powiększania przedmiotów znajdujemy u *Pliniusza. Seneka* i *Neron* wiedzieli już, że odpowiednie szkła

umożliwiają wyraźniejsze widzenie przedmiotów: filozof stosował te szkła dla powiększania liter, a cesarz korzystał z nich dla oglądania walk gladiatorów. Prawdziwe szkła powiększające opisał jednak po raz pierwszy dopiero *Alhazen* około roku 1038.

Następnie około roku 1250 Franciszkanin angielski *Roger Bacon* zaleca osobom słabo widzącym nakładanie na przedmioty szkieł wypukłych. W roku 1590 optyk holenderski *Zaharjasz Jansen* skonstruował z podwójnie wypukłej i podwójnie wklęsłej soczewki przyrząd, który był właściwie pierwszym mikroskopem; nazwę mikroskop wymyślił dopiero 25 lat później Grek *Demiscianus*. Poprzednio nazwano mikroskop „perspicile". Jeszcze *Kartezjusz* w roku 1637, mówiąc o lupach przeznaczonych do badania małych ustrojów pisze „Perspicilia pulicaria ex uno vitro". W roku 1673 *Antoni van Leeuwenhoek* (1632—1723) pierwszy zobaczył przez swój mikroskop czerwone krwinki człowieka. Mikroskopy istniały już dawno przed *Leeuwenhoekiem*, jednakże dopiero *Leeuwenhoek* skłonił uczonych do zastosowania mikroskopu dla celów naukowych. Uczeni odnosili się początkowo do odkrytego przez *Leeuwenhoeka* świata cudów z wielką niewiarą.

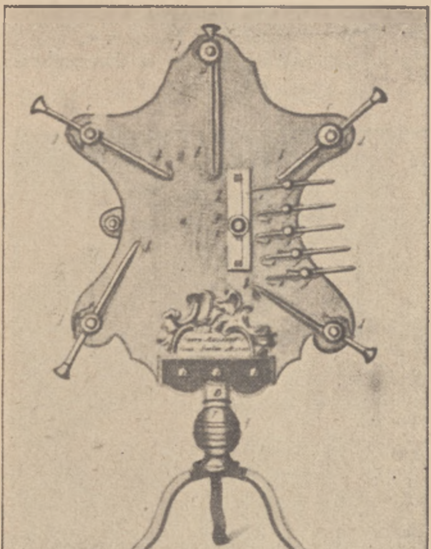
W pierwszych latach istnienia mikroskopu pewien profesor zapytał na egzaminie studenta: do czego służy mikroskop? Odpowiedź brzmiała: mikroskop pomniejsza widziane rzeczy. Jeżeli zastanowimy się jednak nad tą niefortunną odpowiedzią, to możemy zauważyć, że tkwi w niej pewna cząstka prawdy, której dziecinny umysł biednego studenta nie potrafił bliżej wyjaśnić. Początkowo narzuca się oczywiście każdemu szybkie sprostowanie: mikroskop powiększa przedmioty! Tutaj jednak zaczyna się już pewna sprzeczność, że przez powiększenie często przedmioty pomniejszamy. Niechaj spróbuje piękna kobieta obejrzyć przed lustrem przez powiększające szkło swe śliczne oblicze! Czy powiększymy nasze wrażenia estetyczne, gdy przed równym szeregiem lśniących zębów pięknej kobiety umieścimy szkło powiększające? Obrazek taki znajdujemy u satyryka *Rowlandsona*. Czy młody adept sztuki znajduje większe zadowolenie przy oglądaniu dzieł wielkich mistrzów, gdy bada je szczegółowo za pomocą lupy? Czyż nie pomniejsza on w ten sposób radości oglądania i siły wrażenia? Jeżeli cześć i cnotę swych bliźnich poddajemy szczegółowej krytyce i rozkładamy je na oddzielne części składowe, jeżeli, jak to się mówi, bierzemy dane cechy „pod lupę", widzimy je trzeźwo i wyraźnie tak jak przedmioty pod szkłem powiększającym. Rzeczy, których wartości pomniejszyć nie chcemy, pod lupę kłaść stanowczo nie należy. A więc student nasz miał jednak trochę słuszności, gdy mówił o pomniejszaniu przez przyrządy powiększające, ale właśnie tylko trochę, gdyż profesor miał z pewnością na myśli przedmioty, które poznaje się dokładnie tylko w powiększeniu. Jednakże również i sama nauka postawiła określone granice bezbrzeżnemu powiększaniu, gdyż powiększanie takie, przynajmniej na początku oglądania, uniemożliwia rozpoznanie. Początkujący pragnie zwykle oglądać wszystko w najsilniejszym powiększe-



Krezka żaby, w której można obserwować krążenie krwi (według *Ledermüllera).*



Kropla moczu (według *Ledermüllera* 1719 — 1769). Mikroskop jako rozrywka dla umysłu i przyjemność dla wzroku.



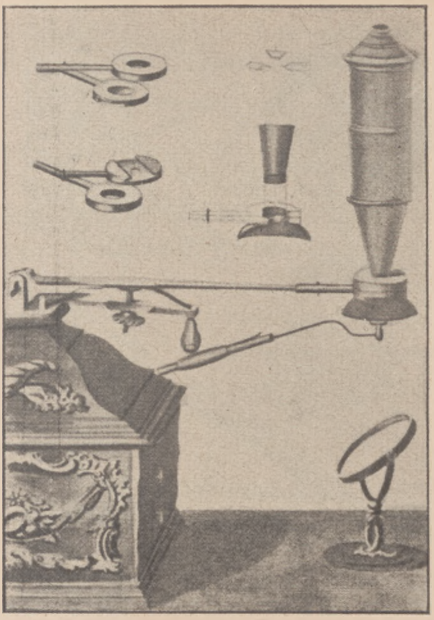
Słynna anatomiczna maszyna do powiększania, którą wynalazł znakomity *Dr. Lieberkühn* z Berlina (według *Ledermüllera).*



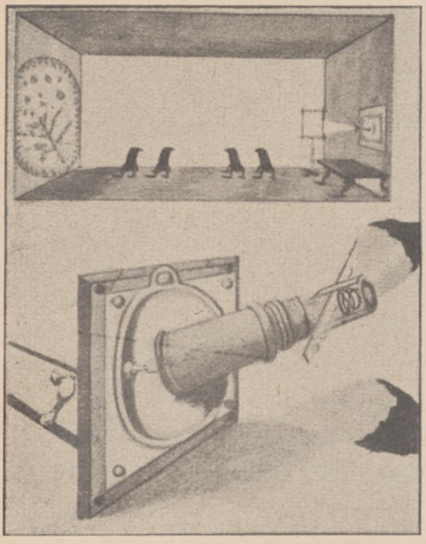
Woda we krwi czyli surowica (według *Ledermüllera).*



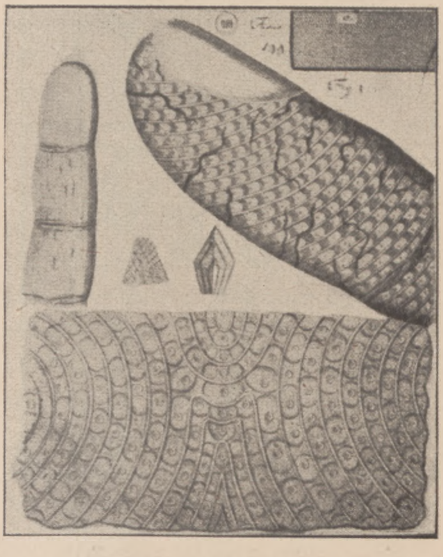
Strona tytułowa, na której widzimy, jak zbiera się różne ładne rzeczy, które następnie tak ślicznie wyglądają w powiększeniu (z dzieła *Ledermüllera* 1761)



Mikroskop z książki: Najnowsze wiadomości ze świata roślin albo mikroskopowe badania i obserwacje tajemnicy rozwoju roślin i owadów znajdujących się w tych roślinach.
Wilhelm Gleichen Russwurm.
John. Chr. Keller, malarz w Norymberdze 1764.



Mikroskop słoneczny *Cuffi'ego* (według *Ledermüllera).*



Ręka ludzka i jej otwory potowe (według *Ledermüllera).*

niu i nie rozpoznaje nic. Nie każdy, kto podobnie jak *Leeuwenhoek* lub *Campani* zajmuje się oglądaniem wszelkich przedmiotów pod drobnowidzem zasługuje na miano badacza. *Campani* był to również uczony zasłużony bardzo w sprawie udoskonalenia mikroskopu. Wielu ludzi ówczesnych, którzy nabywali za drogie pieniądze mikroskop, można było porównać ze źle wychowanymi dziećmi, które bezmyślnie i bez żadnych chęci poznania obrywają płatki kwiatów. Mikroskop przez długi czas pozostawał zabawką, którą używano nie dla celów badawczych lecz wyłącznie dla rozrywki. Ludzie przeważnie oglądali różne przedmioty pod mikroskopem nie z chęci wiedzy i umiłowania przyrody lecz z nudów, dla zabicia czasu i dla przyjemności zobaczenia czegoś jeszcze nie widzianego. Powiększano powierzchnię przedmiotów, lecz nie przenikano w głąb istoty rzeczy. Nic więc dziwnego, że ten przyrząd, jeden z najniezbędniejszych do badań naukowych, tak mało przyczyniał się początkowo do postępu nauki; mikroskop wynaleziono w czasach, gdy rozpowszechniona była wiara w czarownice, która trwała nadal w ciągu stuleci, lecz nie przyczynił się on wcale do sprostowania tych niedorzecznych przesądów i do wytłumaczenia różnych zjawisk w sposób bardziej naturalny. Mikroskop służył jedynie jako pouczająca rozrywka, była to towarzyska zabawa, jak proszony podwieczorek lub gra w karty. Nie znaczy to oczywiście, że mikroskop pozostał bez wpływu na ówczesne badania naukowe; niektórzy namiętni „oglądacze" poznali i narysowali niektóre przedmioty, które stały się następnie ważną wskazówką dla innych. Na ogół jednak mikroskop pozostał instrumentem, który służył przeważnie dla rozrywki. Były to czasy mikroskopii salonowej. Książki z owych czasów wykazują jednak, że mikroskop umożliwił dokładne poznanie wielu rzeczy. Nie ulega wątpliwości, że gdyby do tych spraw odnoszono się z większą powagą, to nauki przyrodnicze uczyniły by większe i szybsze postępy. Jako przykład książki omawiającej rozrywkowe znaczenie mikroskopu wymienimy tu dzieło *Ledermüllera* p. t. „Mikroskop jako rozrywka dla umysłu i przyjemność dla wzroku" (Erlangen 1761). Pomimo to zachowane obrazy mikroskopowe przedstawiają wiele rzeczy poprzednio zupełnie nieznanych. Oglądano już zupełnie dokładnie naczynia włosowate żaby, kryształy moczowe, włóknik krwi i t. d. Przytoczony tu rysunek palca pokrytego porami potowymi wykazuje jednak jak dziecinnie tłumaczono sobie oglądane obrazy. Mikroskop miał zresztą tylko służyć jako przyjemność dla umysłu i wzroku. Również starannie wykonane rysunki *Gleichena - Russwurma* (1717 — 1783) powstały prawdopodobnie raczej jako ładne obrazki dla towarzyskiego spędzania czasu, niż dla celów badawczych. Dopiero później, w czasach wielkich odkryć, następują wynalazki i wyjaśnienia tego, co można było zobaczyć i zrozumieć już o wiele wcześniej. Historia mikroskopu, który został wynaleziony jako przyrząd naukowy, a który stał się następnie zabawką, przypomina los niektórych innych odkryć. Tak np. *Davy* wykrył w roku 1775 podtlenek azotu. Prawie 100 lat stosowali go żartownisie z eleganckiego i mniej eleganckiego świata jako gaz rozweselający, aż wreszcie stał się on środkiem usypiającym.

Dr A. PRANDINO, Novarra.

CHOROBY ZAKAŹNE I NIESWOISTE LECZENIE BODŹCOWE.

(Progr. di Terap. 1933, Nr. 5).

Ustrój człowieka nie zawiera tylu związków ochronnych, aby mógł każdorazowo skutecznie przezwyciężać w swoisty sposób liczne zakażenia, na które jest narażony. Omnadina jest preparatem nieswoistym, który uruchamia i wzmacnia siły obronne ustroju i pobudza go do energicznej walki z wszelkimi zarazkami chorobotwórczymi. Autor wypróbował ten skuteczny i nieszkodliwy pomocniczy środek leczniczy w szeregu ciężkich chorób zakaźnych, jak płatowe i odoskrzelowe zapalenie płuc, wysiękowe zapalenie opłucnej, dur brzuszny, róża, gorączka połogowa, wąglik. Ogółem stosował autor Omnadinę w 43 przypadkach. Wyniki leczenia Omnadiną okazały się nadzwyczaj pomyślne.

Jako przykłady działania Omnadiny autor przytacza w streszczeniu 3 historie choroby:

1. Giovanni G., 5 lat. Wysoka gorączka, bóle głowy. Kłójące bóle w lewej połowie klatki piersiowej, dreszcze, duszność, oddech oskrzelowy, wzmożenie drżenia głosowego. $40{,}3^0$, tętno 135, oddech 44. Rozpoznanie: zapalenie lewego płuca. Domięśniowe wstrzyknięcie ampułki Omnadiny. Wieczorem gorączka trochę mniejsza, nieznaczna poprawa tętna. W ciągu 6 następnych dni nadal codziennie wstrzykiwania Omnadiny. Gorączka stopniowo opada, stan miejscowy i ogólny poprawia się. Szybkie wyleczenie.

2. Olga P., lat 32. Pooperacyjne wysiękowe zapalenie opłucnej. Chorą leczono domięśniowymi wstrzykiwaniami Omnadiny. Początkowo przez 3 dni Omnadinę stosowano 2 razy dziennie, a następnie przez 12 dni raz dziennie. Objawy ogólne powoli ustępują, gorączka opada litycznie. Po 12 dniach leczenia Omnadiną stan bezgorączkowy. Wysięk wchłania się początkowo powoli a następnie ilość płynu zmniejsza się szybko. Po 23 dniach chorą można już uważać za rekonwalescentkę.

3. Giovanna M., lat 21, przed 3 dniami poród, nieznaczne pęknięcie krocza. W 3. dniu połogu dreszcze i gorączka. Pęknięcie krocza ropieje. Wydzielina z pochwy cuchnąca. Oprócz miejscowego leczenia sprawy na kroczu zastosowano wstrzykiwania Omnadiny. Gorączka opada litycznie. Po 6 wstrzyknięciach Omnadiny stan miejscowy i ogólny zupełnie dobry. Szybkie wyleczenie ostateczne.

Na podstawie swoich spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że w różnych ostrych chorobach zakaźnych Omnadina łagodzi przebieg choroby i przyśpiesza wyleczenie.

Acidol-Pepsin

do leczenia zaburzeń trawienia.

Nawet najcięższe przypadki upławów pochwowych, które nie reagują na wszelkie dotychczasowe zabiegi lecznicze, można wyleczyć za pomocą preparatu

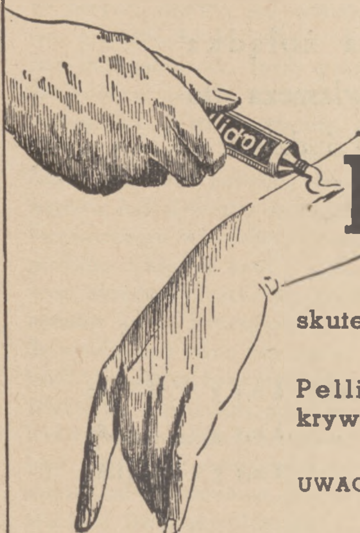
Devegan

DEVEGAN działa odkażająco, uzupełnia zapasy glikogenu i doprowadza do normy florę pochwową. Devegan pobudza obfite rozmnażanie się i prawidłowy rozrost laseczników kwasu mlecznego.



BAYER

OPAKOWANIA ORYGINALNE:
pudełka po 15 tabletek pochwowych zł 4.10
pudełka po 30 „ „ „ 7.10
opak. kliniczne:
pudełka po 150 tabletek pochwowych „ 28.–



Przy leczeniu

ran, ubytków nabłonka, pryszczycy

Pellidol

maść

skutecznie pobudza komórki nabłonkowe do prawidłowego gojenia się.

Pellidol przyspiesza wyleczenie i sprzyja pokrywaniu się ubytków tkankowych mocnym naskórkiem.

UWAGA: Maść pellidolową wyrabia w Polsce firma „Motor" w Warszawie.

Opakowania oryginalne:

tubki po 25 g zł 2.55

BAYER



Przeciw biegunkom

Eldoform

Pewne działanie wstrzymujące zarówno w nieżytach kiszek cienkich jak i grubych.

Eldoform nie obciąża żołądka
Eldoform nadaje się zwłaszcza do stosowania u niemowląt i dzieci.

Opakowania oryginalne

małe opakowania po	10	tabletek	à 0,5 g	zł	1.90
rurki „	20	„	à 0,5 g	„	3.80
opak. klin. „	250	„	à 0,5 g	„	31.80

BAYER

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Rokowanie zawału mięśnia sercowego.

Dla możliwie dokładnego wyjaśnienia zagadnienia rokowania zawału mięśnia sercowego i wydolności serca po szczęśliwie przebytym zawale autorzy zbadali szczegółowo 226 chorych. Spośród tych chorych w ciągu pierwszych 8 dni zmarło 43%, po dalszych 3 tygodniach jeszcze 18%. Śmiertelność ogólna wyniosła 71%. W miarę przedłużania się choroby śmiertelność zmniejsza się wyraźnie. Spośród chorych, którzy przeżyli rok po napadzie, umiera jeszcze na skutki zawału już tylko około 5%. Przyczyną śmierci w okresie rekonwalescencji bywa przede wszystkim niedomoga serca lub ponowne zawały. Spośród 65 pacjentów, którzy pozostali przy życiu, 23 odzyskało całkowitą zdolność do pracy; większość cierpi jednak na ucisk w klatce piersiowej i bicie serca. Często występują również inne przykre objawy, jak zaburzenia trawienia, niepokój, bezsenność i t. d. Rokowanie jest szczególnie złe, jeżeli przed napadem lub podczas napadu występują objawy niedomogi serca, jeżeli przebieg napadu jest nietypowy, jeżeli krzywa elektrokardiograficzna wykazuje poważne zaburzenia, albo wreszcie jeśli stwierdza się oznaki niedomogi wewnętrznego wydzielania (podniesienie się poziomu cukru we krwi i t. d.). W pierwszym okresie wskazane jest podawanie preparatów kwasu barbiturowego (Luminal) aż do wystąpienia stanu odurzenia. W dalszym przebiegu należy bezwarunkowo zalecić pozostawanie conajmniej przez 6 tygodni w łóżku i przestrzeganie jaknajwiększego spokoju. Następnie przez cały rok chory musi oszczędzać się zarówno pod względem fizycznym jak i psychicznym.

Prof. dr Hochrein i *Schneyer*, Klinika Chor. Wewn. w Lipsku.

(Zschr. f. Kreislff. 1936, tom 28)

Anemia podczas ciąży.

Autor opisuje historię choroby pacjentki, u której podczas ciąży wystąpiły objawy bardzo znacznej anemii. Poziom hemoglobiny wynosił zaledwie 20%. Zastosowano wstrzykiwania oczyszczonego wyciągu wątrobowego w dawce po 4 cm³ dziennie. Pod wpływem tego leczenia zawartość hemoglobiny w ciągu 3 tygodni podniosła się do 41% według Sahli'ego. Zastosowano wówczas jeszcze dodatkowo preparaty żelaza. Pomimo to poprawa nie postępowała, wobec czego zwiększono jeszcze dawkę oczyszczonego wyciągu wątrobowego. Nie bacząc na to, zawartość hemoglobiny nadal się obniżała i po 4 tygodniach opadła do 30%.

Wills, Clutterbuck i Evans (Lancet 1937, 6 lutego) stwierdzili, że Campolon zawiera dwa czynne składniki lecznicze, z których jeden znajduje się w bardziej oczyszczonych preparatach wątrobowych zaledwie w małej dawce. Na tej podstawie autor zastosował u swej chorej Campolon. Wynik zmiany preparatu okazał się znakomity. Nastąpił nowy przełom retikulocytów i zwiększenie się ilości normoblastów. Już po 6 dniach cały obraz krwi zmienił się zupełnie. Zastąpienie oczyszczonego wyciągu wątrobowego Campolonem sprawiło tu wprost cud. W 14 dni po zapoczątkowaniu leczenia Campolonem pacjentka urodziła zdrowe dziecko z prawidłowym obrazem krwi. Zawartość hemoglobiny we krwi matki podniosła się do 60%, obraz krwi prawie normalny.

Autor jest zdania, że w związku z badaniami *Willsa* należy zmienić i poprawić sposób wytwarzania niektórych preparatów wątrobowych, gdyż w dążeniu do oczyszczenia wyciągów wątrobowych można się

posunąć zbyt daleko i osłabić skuteczność preparatów.

Dr W. A. Kuenen, Leyda.

(Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1937 Nr. 19)

Leczenie Campolonem podostrej myelozy powrózkowej.

Autor opisuje 9 chorych w wieku od 28—64 lat dotkniętych niedokrwistością złośliwą powikłaną typowymi objawami myelozy powrózkowej. Leczenie wielkimi dawkami Campolonu (6—8 cm^3 co drugi dzień, ogółem 20—40 cm^3 tygodniowo) sprowadzało wybitną poprawę obrazu krwi i usuwało zaburzenia neurologiczne. Na szczególną uwagę zasługiwała poprawa koordynacji ruchów mięśniowych. Wszyscy chorzy mogli znowu lepiej chodzić. Spośród 4 chorych, którzy poprzednio nie mogli nawet stać, 3 odzyskało możność odbywania nawet dłuższych spacerów; chód chorych wykazywał wprawdzie jeszcze pewne objawy ataksji. Leczenie należy bezwarunkowo kontynuować jeszcze po poprawie objawów powrózkowych.

Dr C. C. Ungley.

(Proc. of the Royal Soc. of Med. 1934 r. Vol XXVII).

Leczenie bizmutem angin u dzieci.

Autor leczył wstrzykiwaniami bizmutu 61 przypadków ostrych angin. Wszystkie przypadki przebiegały z wysoką gorączką powyżej 38,5°. Prawie zawsze wystarczało jedno domięśniowe wstrzyknięcie Casbisu (wodanu bizmutu) lub innego preparatu bizmutowego. U dzieci, u których zastosowano bizmut już w pierwszym dniu choroby, gorączka ustępowała po 2,57 dniach, w 56 przypadkach angin leczonych bez użycia bizmutu przeciętny czas trwania gorączki wynosił 4,2 dnia; w 1/3 przypadków gorączka pomimo niezastosowania bizmutu ustępowała dokładnie w takim samym czasie jak pod wpływem bizmutu. Dzieci, którym wstrzyknięto bizmut w 2. dniu choroby przestawały gorączkować po 3,2 dniach, dzieci zaś nieleczone bizmutem gorączkowały w ciągu 4,3 dni. U dzieci, u których bizmut wstrzyknięto dopiero w 3. dniu choroby wyniki leczenia bizmutowego nie wiele się już różniły od wyników leczenia innymi sposobami: przy leczeniu bizmutowym gorączka trwała 3,8 dnia a bez tego leczenia 4,7 dnia. Zastosowanie leczenia w 4. dniu choroby nie skracało już wcale okresu gorączkowego, który w obu grupach dzieci trwał około 5 dni. U małych dzieci od 3. do 4. roku życia leczenie angin bizmutem nie dawało przeważnie żadnych szczególnych wyników.

Dr Köhler, Klinika Pediatryczna w Frankfurcie.

(Kinderärztl. Praxis 1937. Nr. 5)

Salyrgan.

Autor opisuje swą własną historię choroby. Od roku wystąpiły u niego objawy ciężkiej niedomogi mięśnia sercowego. Początkowo sprawa chorobowa przebiegała bez obrzęków. W sierpniu zaczęły jednak puchnąć stopy i nogi. Diureza zmniejszyła się znacznie. Zatrzymywanie wody w ustroju stale się zwiększało. Stosowanie środków nasercowych w połączeniu z domięśniowymi wstrzykiwaniami Salyrganu pozostawało bez wyraźniejszego wpływu na zaburzenia gospodarki wodnej. Dopiero dożylne zastosowanie strofantyny z Salyrganem uruchomiło diurezę i doprowadziło do zupełnego ustąpienia wielkich obrzęków. Salyrgan wstrzykiwano początkowo 3 razy tygodniowo po 2 cm^3. Sama strofantyna wydatniejszej diurezy nie powodowała. Stan ogólny pacjenta poprawił się znakomicie, tak że

Acidol-Pepsin

preparat kwasu solnego z pepsyną w stałej i trwałej postaci.

wszystko przemawia za tym, że będzie on mógł powrócić do swych zajęć lekarskich. Tolerancja dożylnych wstrzykiwań Salyrganu była doskonała.

Dr Schütte, Brunświk.

(Ther. Ber. 1937, Nr. 11)

Owrzodzenia goleni.

Autor leczy owrzodzenia goleni i zapalenia gruczołów chłonnych za pomocą maści z Pellidolu. Wyniki tego leczenia są nadzwyczaj pomyślne. Ubytki naskórka były przeważnie bardzo uporczywe i nie wykazywały skłonności do gojenia się. Zaburzenia chorobowe utrzymywały się w większości przypadków bez zmiany już od szeregu tygodni. Pod wpływem zastosowania Pellidolu po 2 — 3 dniach sprawa zaczynała się goić.

Jeden z chorych miał na podudziach kilka owrzodzeń; jedno z tych owrzodzeń leczono Pellidolem, a pozostałe leczono innymi sposobami. Owrzodzenie leczone Pellidolem wygoiło się w ciągu 9 dni, podczas gdy inne owrzodzenia pozostały prawie bez zmiany.

Dr Teodosiu, Szpital Wojskowy w Bukareszcie.

(Ther. Ber. 1937 Nr. 11)

Określanie długości dziecka przed porodem.

Długość dziecka można określić już przed porodem. Określenie to może mieć pewne znaczenie zwłaszcza w przypadkach, w których zachodzi konieczność dokonania przedwczesnego porodu lub też wchodzi w rachubę rozwiązanie operacyjne. U kobiet, które nie mogą podać właściwego czasu trwania ciąży, można na podstawie długości płodu określić stopień dojrzałości. W przypadkach takich niejasnych danych długość dziecka pozwala również na dokładniejsze określenie miesiąca ciąży. Autor wykonał 40 rentgenologicznych obliczeń długości płodu. Zdjęcia rentgenologiczne kobiet w ciąży, wykonane w ułożeniu brzusznym, umożliwiają dokładne zmierzenie długości kręgosłupa dziecięcego między 1. kręgiem szyjnym i 5. kręgiem lędźwiowym. Na podstawie pomiarów seryjnych, wykonanych na noworodkach, obliczono, że dla obliczenia istotnej długości dziecka należy pomnożyć otrzymany wymiar przez 2,29. Różnica między pomiarami otrzymanymi w ten sposób i długością dziecka zmierzoną po porodzie wynosiła w 87,5% przypadków mniej niż 1 cm, w 12,5% wahała się od 1 do 1,3 cm. Metoda powyższa, opracowana przez klinikę położniczą uniwersytetu w Rostocku, daje więc wyniki bardzo dokładne.

Dr Wegrad, Klinika Ginekol. w Rostocku.

(Mtsch. Geb. u. Gyn. 1937, tom 105)

Leczenie zapalenia pęcherza moczowego w przypadku przerostu gruczołu krokowego.

Chory lat 86, cierpi już od dawna na ciężki przewlekły nieżyt pęcherza moczowego, zależny prawdopodobnie od przerostu gruczołu krokowego i od dokonywanych zabiegów cewnikowania. Pacjent skarży się na palenie, częste parcie na mocz, nieokreślone dolegliwości w okolicy pęcherza. W ciągu ostatnich miesięcy dołączyło się jeszcze mimowolne prawie bezustanne oddawanie moczu. Zaburzenie to było dla chorego niesłychanie przykre, gdyż z powodu cierpienia kończyn dolnych nie mógł on sobie sam poradzić, a jako człowiek zupełnie samotny nie mógł liczyć na żadną pomoc. Zwykłe leczenie zapalenia pęcherza (kąpiele, przepłukiwania, ziółka, odpowiednia dieta, kosztowna i długotrwała terapia farmakologiczna) nie wchodziło w danym przypadku w rachubę, z powodu ciężkich warunków materialnych pacjenta. W tych niepomyślnych warunkach zewnętrznych chory otrzymywał Prontosil w dawce 3 razy dziennie po 1 tabletce. Już po 24 godzinach stan chorego zmienił się zupełnie. Bóle, parcie na mocz i co najważniejsze, stałe moczenie mimowolne ustąpiły natychmiast. Poprawa była nadzwyczaj efektowna. Działanie Prontosilu okazało się w tym przypadku wprost znakomite. Widzimy więc, że nawet przewlekłe schorzenia zapalne pęcherza moczowego mogą się poddawać doraźnemu pomyślnemu działaniu leczniczemu Prontosilu.

Łatwość stosowania i niewielkie koszty leczenia (chory podlegał opiece społecznej)

zasługują na szczególną uwagę również i z punktu widzenia medycyny społecznej.

Dr Lamers, Bruchhausen-Vilsen.
(Ther. Ber. 1937, Nr. 5)

Leczenie paciorkowcowego zapalenia opon mózgowych.

17-letni chłopiec spadł z 4. piętra i uległ złamaniu kości czaszki. Jako powikłanie wystąpiło ciężkie paciorkowcowe zapalenie opon mózgowych. Stan chorego wydawał się pozornie beznadziejny. Choremu wstrzyknięto dwukrotnie z przerwą 8-godzinną po 20 cm^3 Prontosilu solubile. Pod wpływem tych zabiegów śpiączka ustąpiła, gorączka obniżyła się do 36,7°, tętno podniosło się z 48 do 64. Następnie podawano choremu Prontosil album doustnie w dawkach 3 razy dziennie po 2 tabletki. Po 9 dniach wszystkie objawy chorobowe ustąpiły prawie bez śladu. Tolerancja Prontosilu była bardzo dobra. Badanie kontrolne dokonane po 3 miesiącach wykazało doskonały stan umysłowy i fizyczny. Jedynym objawem przebytej niebezpiecznej choroby było lekkie opadnięcie prawej powieki.

Również *Davel* z Pretorii (South. Afric. Med. Journ. 1937, tom 11) opisuje przypadek wyleczenia urazowego paciorkowcowego zapalenia opon mózgowych. Pacjent miał 16 lat. Chory otrzymywał domięśniowo 2 razy dziennie po 5 cm^3 Prontosilu solubile przez 4 dni. Następnie przez 2 dni wstrzykiwano już tylko raz dziennie, po czym jeszcze przez 4 dni podawano Prontosil album doustnie (początkowo co 4 godziny, potem stopniowo coraz mniej). Sprawa zakończyła się zupełnym wyleczeniem.

Dr M. J. L. Frazer, Royal Victoria Hosp. Belfast.
(Brit. Med. Journ. 1937, Nr. 3984)

Posocznica paciorkowcowa.

Autor opisuje historię choroby 7-letniego chłopca, u którego w związku z zapaleniem prawego migdałka podniebiennego wytworzył się ropień w kącie prawej szczęki dolnej. Pomimo zastosowania surowicy paciorkowcowej i płoniczej oraz otworzenia i drenowania ropnia wytworzyło się odoskrzelowe zapalenie płuc i ogólne zakażenie krwi. We krwi stwierdzono obecność paciorkowca hemolitycznego. Zastosowano wówczas leczenie Prontosilem, który wstrzykiwano domięśniowo dwa razy dziennie, rano i wieczór, po 7,5 cm^3. Ogólna dawka Prontosilu solubile zastosowana w toku całej kuracji wynosiła 100 cm^3 = 2,5 g. Ponadto w ciągu 18 dni chory otrzymywał co 6 godzin po 1 tabletce Prontosilu album doustnie. Ogółem chory otrzymał 70 tabletek Prontosilu = 21 g. Pod wpływem leczenia Prontosilem paciorkowce ze krwi wkrótce zginęły, rana na szyi przestała ropieć i dziecko prędko powróciło do zdrowia.

Dr G. L. Robinson, Netley.
(Lancet 1937 Nr. 5922)

Leczenie urazowych schorzeń stawowych.

W przypadkach reumatyzmu stawowego, urazowego zapalenia stawów po zwichnięciu (stawu łokciowego), przy zwichnięciu stawu barkowego (zupełna nieruchomość stawu) i ciężkim zwichnięciu ramienia autor stosował infiltrację z Novocainy (20 — 30 cm^3 1,5%-owego roztworu). Wyniki tego sposobu leczenia okazały się tak pomyślne, że według autora skuteczność metody novocainowej bez porównania przewyższa skuteczność klasycznych sposobów leczenia. Autor nazywa nawet niezastosowanie infiltracji Novocainą błędem w sztuce. Czynność stawu poprawia się szybko, obrzmienie ustępuje już po krótkim czasie, nastawienie nie sprawia żadnych trudności.

Dr E. de Meirsman, Lokeren.
(Vlaamsch Gen. Tijdschr. 1936, tom 17)

Leczenie ostrego reumatyzmu u dzieci.

W zakażeniach gardlanych (ostre zapalenia migdałów), stanowiących zwykle u dzieci pierwszy okres ostrego reumatyzmu, płukanie gardła jest według autora zabiegiem prawdopodobnie bardzo mało wartościowym. Najlepsze wyniki autor osiąg-

nął za pomocą pendzlowania migdałków roztworem Protargolu i miejscowego stosowania $KClO_3$. Konieczne jest oczywiście leżenie w łóżku i t. d. Tonsillektomia, pomimo że zapobiega ona częstym występowaniom zapalenia migdałków, wchodzi w rachubę jedynie w przypadkach poważnie i nieodwracalnie zmienionych migdałków. Spośród leków powszechnie stosowanych przy zwalczaniu zakażeń reumatycznych żaden nie okazał się środkiem istotnie pewnym. Salicylany oraz Aspirina są bardzo skuteczne głównie jako środki przeciwbólowe. Zapobiegawcze stosowanie Aspiriny, polecane przez wielu autorów dla ochrony przed przypadkowymi zapaleniami migdałków i gardła, które mogłyby pogorszyć zaburzenia reumatyczne, daje w klinice istotnie bardzo dobre wyniki.

Dr R. Lightwood, Londyn.

(Lancet, 1937, Nr. 592)

Szybkość opadania krwinek czerwonych.

Odczyn opadania krwinek czerwonych, przyspieszenie lub zwolnienie tego odczynu, przedstawia nadzwyczaj czuły wskaźnik przebiegu spraw chorobowych. Przyspieszenie opadania występuje często bardzo wyraźnie już wtedy, gdy morfologiczny obraz krwi nie wykazuje jeszcze żadnych odchyleń od normy. Przyspieszenie opadania polega głównie na przesunięciu związków białkowych krwi w kierunku związków o małej dyspersji, czyli na powiększeniu się ilości globulin i fibrinogenu. Odczyn opadania badamy metodą *Westergrena* lub *Linzenmeiera* w specjalnych miareczkowanych probówkach. Słup krwi przy metodzie *Westergrena* wynosi 200 mm, wyniki odczytujemy po 1 i 2 godzinach. Wynik po 24 godzinach nie ma żadnego znaczenia praktycznego. Wynik po 2 godzinach służy dla kontroli i uzupełnienia wyniku 1-godzinnego. Górne granice dla 1 godziny wynoszą dla mężczyzn 10, dla kobiet 12 mm słupa osocza. Dolna granica wynosi około 3—3,5 mm. Odchylenia w szybkości opadania mają znaczenie porównawcze dopiero wtedy, gdy przekraczają 5 mm. Przyspieszenie opadania występuje w chorobach zakaźnych, zapaleniu wielostawowym, gruźlicy, niedokrwistości złośliwej, wysiękowym zapaleniu opłucnej, złośliwym zapaleniu wsierdzia, zawale mięśnia sercowego, ciąży i raku. Nieznaczne zmiany obserwujemy w anemiach niedobarwliwych, durze brzusznym, chorobie Banga i przy wadach serca. Swej decyzji przy rozpoznawaniu raka żołądka lub kiszek lekarz nie powinien nigdy uzależniać od wyniku odczynu opadania krwinek. Również przy ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego odczyn zapalenia zawodzi, gdyż przyspieszenie ujawnia się zwykle dopiero po 30 godzinach od początku choroby. Żółtaczka nieżytowa przebiega zawsze z opadaniem prawidłowym lub zwolnionym, natomiast żółtaczka salvarsanowa, żółtaczka na tle zapalenia dróg żółciowych, kiła wątroby i choroba Weila wykazują mniejsze lub większe przyspieszenie. Zwykła kamica żółciowa, nawet przy żółtaczce z niedrożności oraz puchlina woreczka żółciowego nie wywołują przyspieszenia. Ropne zapalenie woreczka żółciowego wybitnie przyspiesza odczyn opadania. Duże znaczenie ma odczyn opadania w diagnostyce różnicowej przewlekłych schorzeń stawowych. Artropatia zwyrodnieniowa wykazuje opadanie prawidłowe, przy przewlekle zapalnych schorzeniach stawowych (włącznie z Spondylarthritis ankylopoetica) stwierdza się znaczne przyspieszenie. Złamania wyraźnie przyspieszają opadanie, często już w pierwszym dniu po wypadku; powrót do normy następuje przeważnie do-

Acidol-Pepsin

w niestrawności, braku apetytu, zaburzeniach trawienia, raku żołądka.

piero po zrośnięciu się odłamków. Wylewy krwi do stawów przyspieszają opadanie, przy zwichnięciach odczyn opadania pozostaje bez zmiany.

W stanach alergicznych opadanie często się zwalnia, przy wegetatywnych zaburzeniach koordynacyjnych (wagotonia, zaparcie spastyczne, wrzód żołądka, limfocytoza i eozynofilia) stwierdza się często niezwykłe zwolnienie opadania, którego szybkość nie dochodzi do 3,5 mm na godzinę.

Powrót opadania do normy dowodzi poprawy leczniczej.

Prof. dr Domarus, Berlin.

(Zschr. ärztl. Fortbildung 1937, Nr. 7)

Przyczynek do leczenia zatrucia Veronalem.

W przypadkach ciężkiego zatrucia Veronalem należy przede wszystkim dążyć do usunięcia Veronalu z ustroju przez nerki. Przeciwko istniejącemu często bezmoczowi autor zaleca podskórne wlewania od 2 — 4 litrów roztworu Ringera. Sposób ten, dzięki wydaleniu trucizny drogą moczu, często umożliwia uratowanie chorych nawet po najcięższym zatruciu Veronalem, które zwykle po 3 dniach wywołuje bezmocz i nie reaguje już na środki pobudzające.

Dr Sack, Klin. Chor. Wew. we Fryburgu.

(D. M. W 1936, Nr. 51

W sprawie leczenia nosicieli laseczników błoniczych.

Autor uważa, że zwalczanie laseczników błoniczych u nosicieli zarazków jest rzeczą trudną i nie rokuje większych widoków powodzenia. Znacznie skuteczniejsze powinno być dążenie do zwiększenia odporności błon śluzowych nosicieli przez systematyczne stosowanie witaminy A. Autor podawał nosicielom laseczników błoniczych przez 10 dni Vogan (3 razy dziennie po 10 kropel Voganu doustnie oraz 3 razy po 1 kropli do nosa). Leczenie to przeprowadzono u 34 nosicieli laseczników błoniczych; w 29 przypadkach udało się w ten sposób laseczniki usunąć. Wyniki pomyślne wynoszą więc 82,5%.

Dr W. Catel, Lipsk.

(Med. Welt 1937, Nr. 36)

Fluor vaginalis.

Autorzy zbadali 1500 kobiet, które zgłaszały się do ambulatorium kliniki po poradę, na obecność trichomonad. W 458 przypadkach wykryto obecność tych pierwotniaków. Spośród 94 zbadanych dziewczynek znaleziono trichomonady tylko jeden raz i to u dziecka, którego matka cierpiała na upławy, wywołane przez trichomonady. Spośród 458 kobiet z trichomonadami 345 cierpiało na upławy, w 92 przypadkach upławów nie było, w 21 przypadkach sprawy tej nie można było dokładnie wyjaśnić. 92 chore skarżyły się na dokuczliwe swędzenie. W przypadkach obecności trichomonad w pochwie zarazki przenikały również do szyjki w 75% przypadków, a do cewki moczowej w 100%. Najlepszym i najpewniejszym sposobem zwalczania trichomonad jest stosowanie Deveganu. Dla uniknięcia nawrotów należy zakładać Devegan codziennie przez długi czas. Wskazane są również przepłukiwania co 3 — 4 dni (ew. ze słabego roztworu kwasu mlecznego). Leczenie powinno trwać przynajmniej 2 — 3 tygodnie. Nie wolno zaniedbywać stosowania Deveganu zwłaszcza po miesiączkowaniu.

Dr Makara i *dr Rechnitz, Budapeszt.*

(Orvosi Hetilap 1937, Nr. 26—27

Acidol-Pepsin

preparat kwasu solnego z pepsyną
w postaci pastylek.

Alergiczne schorzenia jamy ustnej.

Pewna część schorzeń jamy ustnej powstaje niewątpliwie na podłożu alergicznym. Alergiczne choroby jamy ustnej przebiegają przeważnie pod postacią zwykłych zapaleń błony śluzowej jamy ustnej (stomatitis, gingivitis). Włóknikowy charakter tych schorzeń potwierdza ich alergiczne pochodzenie. Chorzy, wykazujący skłonność do zaburzeń tego rodzaju, są nadwrażliwi na histaminę. U pewnego chorego, który często zapadał na pryszczykowe zapalenie śluzówki jamy ustnej, podskórne wstrzyknięcie 0,2 mg histaminy wywołało obfite wykwity oraz zaburzenia o cechach wstrząsu. Badanie krwi wykazuje przeważnie umiarkowaną eozynofilię. Oprócz leczenia objawowego i stosowanych dotychczas miejscowych zabiegów antyseptycznych, które nie prowadzą zresztą nigdy do ostatecznego wyleczenia, autor zaleca dążenie do zmniejszenia nadwrażliwości, unikanie antygenów za pomocą diety zawierającej mało soli, wody i związków purynowych, obfitującej natomiast w wapń i witaminy. Wskazane jest następnie oczyszczanie przewodu pokarmowego, podawanie węgla zwierzęcego, adrenaliny, Ephedriny, wstrzykiwania białka. Dla odczulenia stosuje się wstrzykiwania własnej krwi i jontoforezę histaminową. Również Torantil odtruwa histaminę i działa wyraźnie przeciwalergicznie. Zapalenie śluzówki dziąseł, pojedyńcze pryszczyki, pryszczykowe zapalenie błony śluzowej — schorzenia pozornie różnego pochodzenia — reagowały czasem na Torantil nadzwyczaj szybko i pomyślnie. Przy sprawach chorobowych umiejscowionych w jamie ustnej stosowanie wstrzykiwań działa jak się zdaje lepiej niż doustne podawanie Torantilu w tabletkach. W pewnym przypadku uporczywego pryszczyka pojedyńczego, który utrzymywał się już od 14 dni i wogóle nie reagował na leczenie miejscowe, jedno jedyne wstrzyknięcie Torantilu wystarczyło, aby dokuczliwe objawy ustąpiły w ciągu 24 godzin.

Pewien 52-letni pacjent cierpi już od wielu lat na przewlekłe zapalenie śluzówki jamy ustnej. Wobec tego, że u chorego stwierdzono objawy dermatozy rozpoznanej jako liszaj, uznano, że również i zmiany w ustach są liszajem i leczono je odpowiednio. Pomimo to sprawa nie ustępowała. Dopiero pod wpływem stosowania Torantilu, który wstrzykiwano przez 3 tygodnie, zmiany chorobowe zaczęły się cofać. Dolegliwości podmiotowe, palenie po słonych i kwaśnych potrawach ustąpiły zupełnie, błona śluzowa odzyskała swój prawidłowy wygląd. Chory był z wyniku leczenia nadzwyczaj zadowolony. Wyleczenie było ostateczne.

Dr. Bottyán, Budapeszt.

(Honvedorvos 1937)

Leczenie zapalenia opon mózgowych.

Autor opisuje historię choroby 9-letniego chłopca dotkniętego ostrym zapaleniem opon mózgowych. Surowica meningokokowa pozostała bez wpływu na przebieg choroby. Wobec tego, że w płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono obecność paciorkowców hemolitycznych, autor zastosował domięśniowe wstrzykiwania Prontosilu solubile w dawce po 10 cm^3 dziennie. Ponadto chory otrzymywał doustnie 3 razy dziennie po 2 tabletki Prontosilu. Już po 36 godzinach ciepłota opadła do stanu bezgorączkowego. Choremu wstrzyknięto jeszcze trzykrotnie po 20 cm^3 surowicy paciorkowcowej dożylnie oraz stosowano Prontosil jeszcze przez 8 dni. Szybka poprawa. Wyleczenie.

Dr. Ch. F. Lucas, Manor Hosp. Walsall.

(Brit. Med. Jl. 1937 Nr. 3975)

Udoskonalony preparat bizmutowy.

Autor stosował dotychczas Casbis w 132 przypadkach kiły. Casbis jest to wodan bizmutu w oleistej zawiesinie. Otrzymywana specjalnym sposobem znaczna dyspersja zawiesiny zapewnia możliwie najpomyślniejsze warunki wchłaniania. Wstrzykiwania Casbisu nie wywoływały żadnych objawów podrażnienia lub działania ubocznego. Jedynie w poszczególnych przypadkach zauważono lekki rąbek bizmutowy. Spośród 15 chorych z kiłą utajoną i dodatnim odczynem Wassermanna w 10 przypadkach 10—15 cm^3 Casbisu doprowadziło do odczynu ujemnego i do poprawy objawów aortalnych. W dalszych 8 przypadkach wstrzykiwania Casbisu uzupełniły działanie leczni-

cze Solu-Salvarsanu. U ludzi starszych autor stosuje przeważnie kombinację Casbis + Solu-Salvarsan, przeciętnie natomiast przeprowadza leczenie za pomocą Casbisu i Neosalvarsanu.

Dr. M. Wolf, Poliklinika Powszechna w Wiedniu.

Wien. med. Wschr. 1937, Nr. 49)

Udoskonalony preparat heksametylenotetraminy.

Autor przeprowadził w „Ospedale di Cittadella" i w praktyce prywatnej szereg badań porównawczych dotyczących działania leczniczego Helmitolu i prawie wszystkich preparatów polecanych dla odkażania dróg moczowych. Spostrzeżenia autora dotyczące Helmitolu opierają się na dokładnej obserwacji 111 chorych urologicznych. Wpływ Helmitolu na zmiany patologiczne moczu był przeważnie szybki i pomyślny.

W przypadkach podostrej i przewlekłej rzeżączki oraz w przypadkach rzeżączkowego zapalenia gruczołu krokowego, w których sprawa zapalna nie ograniczała się do zapalenia cewki moczowej, lecz przechodziła również na pęcherz, stosowanie Helmitolu jako dodatkowego środka pomocniczego (oczywiście niezależnie od leczenia miejscowego) wywierało wyraźny pomyślny wpływ na przebieg choroby. Helmitol nie tylko skutecznie uśmierzał bóle pęcherzowe i łagodził dokuczliwe parcie na mocz, lecz działał jako środek skutecznie odkażający drogi moczowe. Helmitol nie zawodził nawet w przypadkach znacznego ropomoczu, który w tym okresie choroby nie zawsze zależy wyłącznie od swoistego zakażenia gonokokowego lecz powstaje również na podłożu współudziału innych bakteryj jak np. gronkowce, paciorkowce i laseczniki okrężnicy.

Głównym wskazaniem do stosowania Helmitolu jest przede wszystkim bakteriomocz oraz stany zapalne pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych. Autor obserwował niedawno 2 przypadki septycznego bakteriomoczu; jeden chory miał 62 lata, drugi 73. Mocz był mętny, gęsty, z bardzo przykrym zapachem. Stosowanie Helmitolu doprowadziło w krótkim czasie do ustąpienia zmian chorobowych. Pomimo stosowania bardzo dużych dawek (3,6 lub nawet 8 g na dobę) tolerancja preparatu była doskonała. Autor stosował Helmitol w 45 przypadkach przerostu gruczołu krokowego. We wszystkich tych przypadkach stwierdzono różne powikłania cierpienia podstawowego, jak zapalenie miedniczek nerkowych z ew. zajęciem również nerek, rozszerzenie pęcherza moczowego ze znacznym zaleganiem moczu, amoniakalny rozkład moczu, bóle, krwiomocz, obecność wałeczków i t. d. Wyniki leczenia Helmitolem były przeważnie doskonałe. Na nerki i na przewód pokarmowy Helmitol żadnego niepożądanego wpływu ubocznego nie wywierał.

W trzech przypadkach przetok powstałych po zabiegach i nie wykazujących żadnej skłonności do zabliźnienia się, podawanie dużych dawek Helmitolu (6 do 8 g) doprowadziło do zamknięcia się tych uporczywych przetok.

Od kilku lat autor zaniechał już zupełnie stosowania heksametylenotetraminy i podaje w odpowiednich przypadkach wyłącznie Helmitol. Na kilka dni przed każdym krwawym zabiegiem na drogach moczowych *Micheli* stosuje zapobiegawczo małe dawki Helmitolu (2—3 g dziennie), które podaje również po operacji aż do zupełnego wyleczenia. Pod wpływem Helmitolu gojenie się ran w miejscach narażonych na zetknięcie się z moczem przebiega znacznie szybciej, gdyż formaldehyd in statu nascendi wywiera wpływ odkażający i pobudzający.

Dr. E. Micheli, Padwa.

(Medicamenta, Revista di Therapeutica Pharmacologia tom 4, Nr. 37

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka 6.